

GEZONDHEIDSCENTRA

Enkele opmerkingen over organisatie,
financiering, juridische vorm en bouw.

door

Dr. R.A. DE WIDT

1974

f 7,50

VOORWOORD.

Reeds na een jaar bleek het noodzakelijk de tweede druk gereed te maken van de brochure "Gezondheidscentra",

Ondanks het feit dat een enkeling kennelijk iets anders verwacht, heb ik mij wederom beperkt tot het geven van voorlichting, die van nut kan zijn voor een zo groot mogelijke groep van geïnteresseerden. Dat impliceert, mensen die deze samenbundeling in de eerste lijn met verschillende doelstellingen nastreven. De tijd is er (nog) niet rijp voor gefundeerd aan te geven wat "de" plaats van een dan ook nauwkeurig te omlijnen soort centra in het toekomstig bestel zou moeten zijn.

Uiteraard hebben zo velen mij geholpen bij het ontwikkelen van de in deze hoofdstukken vervatte gedachten bij het aandragen van materiaal, bij het typen, drukken etc. dat het onmogelijk is alle namen te noemen. Een uitzondering maak ik graag t.a.v. mevrouw Zeeuwen wat betreft hoofdstuk III in zonerheid daar waar het gaat over de agogische begeleiding en voor de heer Sterrenburg waar het gaat over het laatste hoofdstuk over de bouw. De daarin ontwikkelde typologie is geheel zijn werk.

Dr. R.A. de Widt.

INHOUD:

I. De ontwikkeling van gezondheidscentra in Nederland	1
II. Het doel van de concentratie	3
III. De organisatie	5
IV. De financiële problematiek van samenwerken in de eerste lijn	9
V. Juridische aspecten van samenwerkingsverbanden	13
VI. De bouw van het gezondheidscentrum	19
 Bijlage I	 30
Bijlage II	35
Bijlage III	36
Bijlage IV	37

I. DE ONTWIKKELING VAN GEZONDHEIDSCENTRA IN NEDERLAND.

Algemeen.

Zeer globaal kan men ten aanzien van het verschijnsel gezondheidscentrum een drietal belangrijke ontwikkelingslijnen onderscheiden.

In de eerste plaats is er onder de huisartsen een steeds grotere groep die meent dat men met andere werkers in de eerste lijn dusdanig intensief moet samenwerken wil men als arts effectief functioneren, dat ge-centraliseerde huisvesting hiervoor noodzakelijk althans gewenst is. In een aantal gevallen zijn dit huisartsen die aanvankelijk meenden dat centralisatie t.a.v. de discipline huisartsgeneeskunde voldoende was (in de vorm van zgn. groepspraktijken).

In de tweede plaats zijn sinds enige tijd de centrale en provinciale overheid van mening dat de ontwikkeling van (wijk)gezondheidscentra op zichzelf een nastrevenswaardige zaak is. Enkele gemeenten waren hierin voorgegaan, al dan niet gestimuleerd door bepaalde groepen van werkers uit de gezondheidszorg.

In de derde plaats zijn in meerdere gevallen de wijkgebouwen van sommige kruisverenigingen de vruchtbare grond gebleken waarop een gezondheidscentrum in optima forma kon ontkiemen. Zowel besturen als plaatselijke artsen fungeerden als stimulerende kracht. Ook van de zijde van het georganiseerd maatschappelijk werk gaat meer en meer positieve invloed uit.

Daarnaast kunnen nog andere positieve krachten genoemd worden maar ook belemmerende factoren. Wij verwijzen de belangstellende lezer naar het rapport "Invloeden bij de vorming van groepspraktijken c.q. gezondheidscentra in Nederland" waar e.e.a. is geanalyseerd vanuit het huisartsengezichtspunt ¹⁾. In het nu volgende relaas is ook in belangrijke mate van een benadering vanuit huisartsen-gezichtspunt sprake.

Chronologische ontwikkeling.

Op een in 1962 bij Philips te Eindhoven gehouden NHG-conferentie waren de betrokken huisartsen zeker geïnteresseerd in het verschijnsel groepspraktijk. Men zag het zinvolle van een dergelijke samenwerking in maar betrok dit niet op de eigen situatie.

In 1964 startten echter in Dronten (O-Flevoland) de huisartsen een praktijkvorm in de experimentele situatie van de nieuwe polder, die men naar werkwijze bezien niet anders dan een poging tot integrale zorgverlening in de eerste lijn kon beschouwen. Hierbij kon men werken volgens een van te voren voor de inrichting van deze polder bestemd plan.

Begin 1966 op een groepspraktijkdag van het N.H.I. te Utrecht bleek de belangstelling onverwacht groot. Enkele der aanwezigen bleken reeds

1) "Invloeden bij de vorming van groepspraktijken c.q. gezondheidscentra in Nederland" door M.N. Siegenbeek van Heukelom-de Boer, C.W. Aakster, C.P. Bruins en R.A. de Widt, NH-idee No.4, Utrecht mei 1973. Verder geciteerd als "Invloeden".

met schuchtere pogingen bezig tot de vorming van een groepspraktijk te komen. De stemming op deze dag was enthousiaster en minder afwachtend dan in 1962 in Eindhoven.

Intussen was op initiatief van het N.H.I. een studiegroep Groepspraktijken gevormd om de hele materie te bestuderen en, indien nuttig geacht, bij de oprichting van groepspraktijken terzijde te staan. Deze studiegroep bracht in het najaar 1967 een "voorlichtingsrapport inzake groepspraktijken" uit, dat als NH-idee nr. 1 werd gepubliceerd. Voor deze publicatie bestond veel belangstelling.

Inmiddels worstelden enkele kleine groepjes van pioniers verder en mede doordat in een aantal gevallen een subsidie werd verstrekt door het Departement van Sociale Zaken en Volksgezondheid en door het Preventiefonds konden enkele projecten ook worden gerealiseerd. Besloten werd dat aan het N.H.I. een eigen groepspraktijk verbonden zou worden die van de zojuist genoemde subsidiemogelijkheid zou profiteren²⁾. Niet onvermeld mag blijven dat buiten deze centraal gesubsidieerde gevallen ook enkele groeperingen met weinig hulp en ten koste van niet geringe eigen offers hun plannen doorzetten.

Toen in 1970 de Afdeling Voorlichting van het N.H.I. in februari wederom een congres over dit onderwerp organiseerde, waar ca. 250 belangstellenden aanwezig waren, kon reeds sprake zijn van een inbreng van een eigen zgn. prille ervaring van een aantal deelnemers.

In 1971 werd door het N.H.I. een kleinere conferentie georganiseerd waarin de relaties binnen de groep centraal stonden terwijl in 1972 een werk-conferentie werd georganiseerd waarvan de deelnemers ruwweg voor 1/3 bestonden uit huisartsen, verder voor 1/3 uit maatschappelijk werkers en 1/3 uit wijkverpleegsters! Deze laatste werd weer gevolgd door een aantal "workshops" eveneens multidisciplinair van opzet. Dit laatste signaleert dat, alhoewel het eerste experiment in Dronten reeds interdisciplinair van opzet was, de laatste paar jaar duidelijk een toenemende belangstelling bestaat voor projecten waarbij de samenwerking van de huisarts met andere disciplines in de eerste lijn voorop staat.

2) De ontwikkeling van deze groepspraktijk, onderdeel van een gezondheidscentrum welke gehuisvest zou worden in de Utrechtse wijk "Overvecht" stuitte op ongehoord veel moeilijkheden. Eind 1972 werd e.e.a. ontkoppeld van het N.H.I. Men leze hierover ook J. Blom en J.C. van Es. Verslag over de ervaringen met de oprichting van een gezondheidscentrum in Overvecht, Utrecht, Huisarts & Wetenschap 1972, blz. 325 e.v.

II. HET DOEL VAN DE CONCENTRATIE.

Bij het opstellen van een doel van de samenwerking der hulpverleners zijn er twee uitgangspunten mogelijk.

A: Men kan er vanuit gaan dat, gegeven de veel voorkomende verwevenheid van lichamelijke, individueel-psychische en sociale factoren bij het optreden van klachten die leiden tot het zoeken van hulp, het doelmatig is ook te komen tot een geïntegreerde aanpak. Dat kan men doen, omdat men meent dat, als er sprake is van multicausaliteit het ondoelmatig is sommige oorzaken niet, althans niet direct, in de beschouwing te betrekken. Gezien de onmogelijkheid vanuit één vakgebied alle aspecten van de hulpverlening te beheersen en in aanmerking genomen de verbrokkeling in de huidige structuur, moet dit er volgens sommigen toe leiden dat "het team" op gaat treden als hulpverlenende instantie. Uiteraard dienen in het team dan die kundigheden aanwezig te zijn die het mogelijk maken wél het hele terrein te bestrijken. In Nederland denkt men dan veelal aan de disciplines huisartsgeneeskunde, maatschappelijk werk en wijkverpleging. Hierbij kan men zich afvragen in hoeverre er t.a.v. de wijkverpleging sprake is van een aparte "discipline" en een "eigen" inbreng t.a.v. diagnose. Wat niet uitsluit dat een goede samenwerking met de beide andere zeer nuttig is. Er is o.i. echter meer sprake van een deeltaak op medisch terrein waarbij men kan denken aan het verder uitbouwen en in eigen beheer nemen van preventietaken, het verzorgen van chronisch zieken e.d.

Wel zou in het kader van deze denkwijze gedacht kunnen worden aan het opnemen van een psycholoog in het team wat hier en daar experimenteel reeds geschiedt. Dit zou inderdaad het aanvullen met een complementaire discipline betekenen, zij het dan dat een goed op het werk in een gezondheidscentrum afgestemde opleiding ontbreekt, maar dat geldt in min of meerdere mate voor alle aspirant teamleden.

Daar er geen universele of interdisciplinaire theorie bestaat zal het team op basis van de samenstelling die in feite gekozen is (of moest worden geaccepteerd) geconfronteerd worden met een hierop gebaseerde alternativiteit van gezichtspunten. Dit impliceert ergens dat het team werkt voor één populatie (patiënten-cliënten groep) en dit heeft regionalisatie van de zorg als meest praktische consequentie. Uiteraard houdt dit dan ook in dat primair het team verantwoordelijk is voor een doelmatige hulpverlening, al hoeft dit niet uit te sluiten dat in vele gevallen slechts één team-lid als helper optreedt (bijvoorbeeld de arts bij de eenvoudige somatisch bepaalde klachten). Men zou het ook zo kunnen stellen dat t.a.v. elk geval besloten moet worden welke aanpak het meest succes belooft bijvoorbeeld een medische of een gedragstherapeutische en dat dit uitmondt in de primaire verantwoordelijkheid van één teamlid.

Deze hulpverlening die men als integraal zou kunnen aanduiden, leidt dan tot de wens te komen tot gecentraliseerde huisvesting. Een overweging die daar dan nog wel bij wordt genoemd is een psychologische: het reduceren van de mensen tot gevallen, tot etikettering vanuit verschillende gezichtshoeken wordt vermeden en even-

zeer het daarbij behorende schuiven met deze gevallen, vaak geschiedend onder de naam "verwijzen".

B: Anderen daarentegen erkennen de verbrokkelde structuur. Het moeilijke van de formele contacten van instantie met instantie, of van persoon met instantie en vice versa. Zij erkennen ook het probleem van de "afstanden" voor de patiënt, zowel ruimtelijk alsook op het terrein van de vertrouwde met de talloze personen, stichtingen en verenigingen die zich op de een of andere wijze met hulpverlening bezig houden.

Uit allerlei praktische overwegingen waarbij het veronderstelde gemak voor de patiënt / cliënt en de snelle informele contactmogelijkheden met andere hulpverleners een rol spelen - komen zij tot de wens een zekere concentratie te realiseren zonder de onder A ontwikkelde zienswijze te onderschrijven, althans niet volledig en in alle consequenties. (Zo kan men in deze conceptie de huisarts als de centrale figuur met een specifieke deskundigheid op somatisch gebied en een in de praktijk bijgeschaafde of naderhand aangeleerde kennis op psycho-hygiënisch en sociaal gebied handhaven).

Men kan zich in dit kader een groepspraktijk van huisartsen voorstellen functionerend binnen het ruime kader van een centrum voor gezondheidszorg en sociale dienstverlening. Eventueel als vleugel of deel van een welzijnscentrum.

Een moeilijkheid is dat er in Nederland nog onvoldoende op ervaring gebaseerde gegevens beschikbaar zijn over hoe nu precies een team moet worden samengesteld uit hoofde van de frequentie van de noodzaak functioneel met elkaar contact te hebben.

Evenmin is duidelijk welke personen en instanties uit hoofde van een duidelijke behoefte aan goed nabuurschap nu primair voor concentratie van huisvesting in aanmerking komen. Onbekend is men veelal ook met de wensen van de patiënten / cliënten op dit gebied, al zijn er enkele gevallen bekender (leiden o.a.) waar de wijkbewoners zich duidelijk vóór zorgverlening vanuit een gezondheidscentrum hebben uitgesproken. De combinatie van gezondheidszorg met al wat men meent dat er nodig is in het kader van eveneens geconcentreerde welzijnszorg in de vorm van kolossale welzijnscentra is echter een ontwikkeling waarbij het past een even fors vraagteken te plaatsen. Men leze hierover ook onze beschouwing "Mini-gezondheidscentrum verdient de aandacht" gepubliceerd in "Unie" 4de jaargang 1974 No. 6.

III. DE ORGANISATIE.

Teneinde te komen tot een goed functionerend gezondheidscentrum is - zeker als het om echte teamvorming gaat - de relationele onderbouw van groot belang gebleken.

Het creëren van een vertrouwensbasis in de groep op grond waarvan pas een wezenlijke communicatie mogelijk is, is voorwaarde voor het dusdanig formuleren van doelstellingen dat een ieder werkelijk volledig begrijpt waar men het exact over eens is geworden. (Het doordringen in elkaars vakjargon is daartoe eveneens noodzakelijk).

Pas als de doelstellingen goed geformuleerd zijn, kunnen de wegen worden gevonden om deze te bereiken, kan een plan van actie worden opgesteld; een organisatie worden opgebouwd en operationeel gemaakt.

Voor het ontstaan van "basic security" binnen de groep en een professionele communicatie tussen de teamleden is een realistische beeldvorming over en weer in multidisciplinaire teams een noodzakelijke voorwaarde. De praktijk leert dat het effectueren hiervan een veel tijd en energie kostende affaire is.

Ook de relatie naar het thuisfront van die werkers die enerzijds werkzaam zijn in het kader van een multidisciplinair team, maar deel uit blijven maken van een "eigen" organisatie zoals een kruisvereniging of een instelling voor maatschappelijk werk blijkt grote problemen op te leveren. De ervaringen lijken er op te wijzen dat een detachering met maximale taak-delegatie gepaard moet gaan, willen de betrokkenen niet in een vrijwel onoplosbaar relationeel kluwen verward raken ³⁾.

Als men consequent streeft naar wijkgezondheidszorg met wijkgezondheidscentra als middelpunt ware het in dit verband wellicht zinvol subsidiabele plaatsen voor wijkverpleegsters en maatschappelijk werkers alleen behorend tot gezondheidscentra te creëren. Aldus zou tevens aansluiting worden verkregen met de tendens dat ook huisartsen, fysiotherapeuten e.d. een dienstverband met een centrum prefereren boven het vrije beroep.

Het blijkt dat bovengeschetst proces menig maal niet tot een goed einde gebracht kan worden zonder agogische begeleiding. Ook ten aanzien van andere nog niet met name genoemde elementen blijkt de bijdrage van een goed geschoolde agoog waardevol. Wij noemen in dit kader nog de volgende taakelementen:

- het meehelpen bij het formuleren c.q. uitwerken van de doelstelling en de overgang-realisatie, gecoördineerde actie, samenwerking
- het helpen bij de vestiging van het relatiepatroon dat doelmatig functioneren steeds beter mogelijk maakt en in dit kader

3) Men vergelijk: "Groepspraktijken en Groepsprocessen" I en II van H. Hollander, J.F. v. Ravenzwaaij en W.A.C. Whitlau, verschenen in Huisarts en Wetenschap van januari en oktober 1973; Nota Gezondheidscentra van F.T. de Boom- van Duin, M.E. Egberts en J.P.J. Bastiaenen. Uitg. Intagon, oktober 1973 en "Gezondheidscentrum Hoensbroek N. Evaluatie 1973 van W.P. van den Hout. Verder zijn door ons nog interne verslagen geraadpleegd betrekking hebbend op samenwerkingsprojecten in Maastricht, Middelburg en Rotterdam.

- het mede bewaken van de voortgang en het structureren en plannen van evaluatiebijeenkomsten
- het aanbieden van alternatieve werkwijzen en procedures als dit nodig is teneinde het probleem-oplossend vermogen van de groep te vergroten en
- tenslotte: het zichzelf overbodig maken.

Uiteraard is er alleen kans op succes als er veranderingsbereidheid is bij de participanten zowel t.a.v. de concrete beroepsuitoefening alsook t.a.v. het aanvaarden van beoordeling en waardering en in organisatorische zin.

Het N.H.I. heeft met agogische begeleiding op het specifieke terrein van de eerste-lijns samenwerking enige ervaring opgedaan. De dienstverlening op dit terrein wordt verder uitgebouwd in samenwerking met anderen.

Samenwerking wil zeggen dat er sprake is van doelgerichte en samenhangende activiteiten en dit vereist een zeker kader.

I. De interne organisatie zoals dit kader veelal wordt aangeduid kunnen we splitsen in twee elementen:

I^a: Het technisch-organisatorische vlak. D.w.z. het niveau van de hulpmiddelen. Te weten, de indeling van het gebouw, de regulering van het bezoek, de flow van de patiënten c.q. cliënten door het gebouw, de opzet van de receptie / balie, de ordening van een al dan niet gecentraliseerd kaartsysteem, de communicatie technisch bezien (telefoon, intercom, visuele hulpmiddelen).

I^b: Het structureel-organisatorische vlak. Hierbij kan men weer een onderscheid maken tussen de verticale relatie, dus tussen chefs en medewerkers, en de horizontale relatie waarbij het gaat om die medewerkers die niet in een hiërarchische relatie tot elkaar staan, eventueel de collectieve relatie d.w.z. de verhouding tussen de verschillende groepen. Dit houdt onder meer in de vaststelling van de individuele verantwoordelijkheden en taken binnen de gemeenschappelijke verantwoordelijkheid op basis van de gekozen doelstellingen. Huisartsen zijn vaak gewend min of meer improviserend te werk te gaan en zijn vaak vrij slechte managers, t.a.v. wijkverpleegsters en maatschappelijk werkenden geldt dat voor hen als werknemers een belangrijk stuk management ook min of meer een terra incognita is. Dat betekent dat de overgang naar een -zij het vrij kleine- organisatie de confrontatie betekent met een geheel nieuw terrein en dat het juist vaststellen en eventueel verdelen van de noodzakelijke directietaken geen simpele zaak blijkt te zijn. Men denke aan de vaststelling van de communicatielijnen, de regeling van het beheer van het gebouw (de conciërge-functie), de vervanging van de werkers bij vakantie, ziekte of ongeval, het vaststellen van de intake-procedure en de controle met betrekking tot deze taken.

Men kan zich voorstellen dat een agoog de werkbesprekingen die nodig zijn dusdanig structureert dat ordentelijk wordt toegewerkt

naar de concrete beslissingen die het team moet nemen. Externe adviseurs als efficiëntie-deskundigen, communicatiespecialisten zullen hierbij van dienst kunnen zijn.

In dit kader signaleren wij een modeverschijnsel, namelijk de tendens allen die samenwerken ten behoeve van één bepaalde patiënten / cliënten-populatie tot "het team" te rekenen, waarbij men zelfs t.a.v. dit laatste criterium zich soms niet expliciet of onzorgvuldig uitdrukt. Daarmee verwatert de begripsvorming. Van een team is o.i. sprake als er sprake is van een gelijksoortige inbreng in het kader van gezamenlijk geregeld en frequent analyseren van problemen en het gezamenlijk opstellen van behandelingsplannen. Dit laatste bij voorkeur in samenspraak met de patiënt / cliënt.

Het bovenstaande wil helemaal niet zeggen dat een doktersassistente niet menigmaal gegevens kan aandragen die een helderder inzicht mogelijk maken en hetzelfde geldt voor fysiotherapeut, bijv. in geval van revalidatie of voor conciërge als het centrum er één rijk is, en deze reeks kan worden uitgebreid met bijv. hoofden van scholen etc. Duidelijk is er dan geen sprake van geregelde samenwerking en van een gelijksoortige inbreng uit hoofde van een eigen deskundigheid.

Het spreken van een "team", zo gauw er sprake is van enigerlei vorm van samenwerken in geregionaliseerde eerste-lijns gezondheidszorg, is een kwestie van begripsvorming die er niet toe leidt dat men vat krijgt op de werkelijkheid, integendeel. Wij pleiten voor de hierboven beperkte opvatting vanwege de mogelijkheid zo tot zinvolle uitspraken te komen in relatie tot andere uitspraken de organisatie van het centrum betreffend. Met menselijke gelijkwaardigheid heeft zulks niets te maken en evenmin met feitelijke honorerings-verschillen van de medewerkers en eventueel gewenste veranderingen in dit opzicht of met het in gezamenlijk overleg vaststellen van de meest geëigende procedures.

Het heeft betrekkelijk weinig zin om hier verder op de interne organisatie in te gaan omdat die organisatie het meest zal voldoen die afgestemd is op de grootte van de groep, de aard van de deelnemende disciplines en de mate van cohesie die men zich ten doel stelt. Fraaie uiteenzettingen in abstracto dragen weinig bij tot de realisatie hiervan. Functioneert de groepspraktijk binnen het centrum enigermate als autonoom geheel, dan vindt de lezer hierover enige informatie in de brochure "Groepspraktijken" van het N.H.I. ⁴⁾

Naast de interne organisatie kunnen wij onderscheiden

II. De externe organisatie.

Hierbij gaat het er om een dusdanig constellatie te scheppen dat voor de werkers die t.z.t. het centrum zullen bevolken de materiële en maatschappelijke voorwaarden geschapen zijn dat zij onder optimale omstandigheden kunnen werken.

Hierbij kunnen wij denken aan het rondzetten van de financiering van de bouw van het project. De honorering van de medewerkers, de

4) Men raadplege ook R. ten Cate e.a. De praktijkvoering van de huisarts in solo- en groepspraktijk. Leiden 1973.

sociale zekerheid, de oude-dags-regeling en de opvang bij mislukking van de deelnemers aan het project.

Verder valt hieronder de juridische vormgeving, waarbij te denken valt aan het scheppen van de nodige zekerheden zowel voor de participerende instanties, de financiers alsook de deelnemers. De zeggenschapsverhoudingen tussen deze categorieën moeten worden geregeld. Het formaliseren van de verhouding met de hierbij betrokken overheden, beroepsgroepen, verzekeringsinstanties, externe adviseurs en wat dies meer zij in de vorm van contracten etc. vereist veel zorg.

Tenslotte moet de conceptie passen binnen het gegeven planologisch kader waarbij wij vooral de relaties met gemeentes, wijkraden en bewonersverenigingen niet willen vergeten.

Wat betreft de volgorde in tijd zij opgemerkt dat inschakeling van een agoog dus in een zeer vroeg stadium overwogen dient te worden. Dat naarmate het samenwerkingsmodel harder wordt, men automatisch terecht komt in de problematiek van de interne organisatie en dat het pas zin heeft over de bouwkundige vormgeving te gaan praten als men het grosso modo eens is over de meest gewenste organisatie-vorm.

In de praktijk blijkt de volgorde vaak andersom gekozen te worden, hetgeen tot tijdsverspilling en frustratie van alle betrokkenen kan leiden.

Tevens zal het duidelijk zijn dat parallel met de boven geschetste weg activiteiten moeten worden ontplooid om die voorwaarden te scheppen dat het geheel ook een reële plaats in de eerste-lijn kan krijgen en de materiële en maatschappelijke voorwaarden voor ontplooiing aanwezig zijn. Het proces van externe organisatie waarin wij ons verder in de volgende hoofdstukken verdiepen is dus een parallel proces met het bovengenoemde. Diverse adviseurs als accountant, notaris, jurist en architect zullen hierbij betrokken moeten worden. Een projectleider, niet-teamlid, als coördinator kan goede diensten bewijzen als het om de externe organisatie gaat.

Men kan zich ook voorstellen dat één begeleider het hele proces begeleidt dat dan alle drie de niveaus omvat die vaak tegelijk aanwezig zijn en in de tijd niet strikt opeenvolgend. (Problemen en stagnaties die ontstaan in een bepaalde fase kunnen terug te voeren zijn tot onvoldoende explicitering in eerdere fasen.) De laatste oplossing geeft meer continuïteit, maar de vraag kan gesteld worden waar men de mensen vandaan haalt die de know how hebben om dit alles tot een goed eind te helpen brengen.

Zodra er meer bekend is t.a.v. de meest gewenste team-samenstelling, er regels zijn ontwikkeld met betrekking tot de financiering die de goedkeuring verworven hebben van Ziekenfondsraad, Overheid, beroepsorganisaties e.d. en er modellen ontwikkeld zijn t.a.v. de juridische vorm wordt de externe organisatie als dat met vrucht aan een landelijke instelling of projectgroep kan worden gedelegeerd. De ontwikkeling van een ander zal een samenbundeling van de aanwezige "know how" noodzakelijk maken.

IV. DE FINANCIËLE PROBLEMATIEK VAN SAMENWERKEN IN DE EERSTE LIJN.

Het is de vraag of samenwerken "as such" leidt tot het ontstaan van financiële problematiek. Naar onze mening is dat niet zonder meer het geval. Huisartsen kunnen ons inziens onderling uitstekend samenwerken zonder dat zulks behoeft te impliceren, dat er financiële problemen, laat staan bindingen ontstaan. Bijvoorbeeld als zij besluiten gezamenlijk een weekend- en vakantieregeling op te zetten, een onderlinge toetsing in te voeren, een gezamenlijk onderzoek te doen enz. Ook is het zeer wel mogelijk een goed georganiseerd overleg tussen huisartsen en een aantal wijkverpleegsters op te bouwen zonder dat men nu direkt iets van het ontstaan van financiële problemen zal merken, zeker in een dorp of kleine stad.

De maatschap.

Iets anders is het, dat een intensivering van de samenwerking dusdanig, dat van één team gesproken kan worden, moeilijk te realiseren zal zijn, zonder ook de financiën ter sprake te brengen.

Voor een huisartsengroep als zodanig, die niet in één pand gehuisvest is, kan het doortrekken van de functionele samenwerking naar een gemeenschappelijk financieren van bepaalde activiteiten de aanleiding zijn. Men zou bijv. met drie huisartsen tezamen één praktijkzuster kunnen aanstellen. Men kan ook alle kosten voor gezamenlijke rekening nemen met verdeling volgens vast te stellen normen met handhaving van eigen inkomsten: de zg. potovereenkomst of kostenstichting.

Nog een stap verder is het om niet alleen ten aanzien van één of meerdere uitgaveposten naar gemeenschappelijkheid te streven, maar hierbij ook de inkomsten uit medische arbeid te betrekken. De burgerlijke maatschap, in de artsenwereld associatie geheten, blijkt dan (wederom) een geschikte rechtsfiguur te zijn, waarbij de inkomsten uit medische arbeid worden gepoold en de belangrijkste uitgaven voor gemeenschappelijke rekening worden genomen.

Gezamenlijke huisvesting behoeft niet te impliceren, dat de artsen in maatschapsverband werken, al zal dit praktisch wel altijd het geval zijn als de artsen gezamenlijk het pand bezitten. (Wij komen hierop terug).

De maatschap is ook de geëigende figuur om de financiële verhoudingen te regelen tussen andere deelnemers - beoefenaren van een vrij beroep. Maatschappen van ongelijksoortige deelnemers uit de sfeer van de vrije beroepen komen in de medische wereld niet voor.

Gezamenlijke huisvesting.

Samenwerking die geïntensiveerd wordt, kan leiden tot de wens tot gezamenlijke huisvesting te geraken. Ook de opbouw of herstructurering van eerste lijns gezondheidszorg in nieuwe of bestaande wooncentra kan gerealiseerd worden op basis van gemeenschappelijke huisvesting van althans een aantal van de hierbij betrokken helpers en zorgverleners.

De kosten, die hiermee voor de huisartsen gepaard gaan, zijn in het algemeen hoger dan die welke het huisvesten van de praktijk in het woonhuis met zich mee brengen, zo blijkt uit verschillende door het N.H.I. verzamelde gegevens. (Hierbij gaat het ons dan alleen om de gebouwkosten als zodanig.) Dit geldt ook ten aanzien van andere medewerkers van de ziekenfondsen als fysiotherapeuten, tandartsen, vroedvrouwen en apothekers, zeker als het nieuwe centra in de Randstad betreft.

Het is bijzonder plezierig, dat op de begrotingen van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne in 1973 en 1974 een bedrag is opgenomen ter compensatie van onrendabele bouwkosten, begeleidingskosten en andere kostenelementen bij de oprichting van gezondheidscentra om de financiële problemen van degenen die tot moderne samenwerkingsvormen in de eerste lijn willen komen, wat te verlichten. De richtlijnen volgens welke gesubsidieerd wordt zijn in juli 1974 gepubliceerd. Ook het departement van C.R.M. is bij deze steunverlening betrokken.

Onze indruk, gebaseerd op de bij verschillende groepen verzamelde cijfers is dat, met betrekking tot de huisartsen, ten aanzien van andere kostenbestanddelen de feitelijke uitgaven in het algemeen niet boven de norm liggen die in de zogenaamde "rekenpraktijk" wordt aangehouden.

De variatie in de werkelijkheid is groot en als men soms al ten aanzien van één onderdeel wat meer zou betalen dan wordt voor een ander weer minder uitgegeven, dan volgens de norm van de model-praktijk het geval zou zijn. Voor andere disciplines durven wij geen uitspraak te doen.

Tijd.

Een ander aspect van deze zaak is dat het realiseren van deze samenwerkingsprojecten op zichzelf veel tijd kost van de participanten. Voor de beoefenaren van de vrije beroepen, die daarbij betrokken zijn, betekent dit dat de normale beroepswerkzaamheden in gevaar kunnen komen. Voor de aspirant team-leden, welke werknemer zijn, ligt dit veel eenvoudiger. De trits tijd = geld = inkomen geldt voor hen in mindere mate. (Daar komt dan nog bij dat het ontwikkelen en realiseren van dit soort projecten een vak op zichzelf is, waardoor de hieraan bestede tijd ook vaak veel meer zal zijn, dan strikt nodig, tenzij men beschikt over een goede procesbegeleiding.)

Daarnaast staat dan na de opening het probleem van de tijd die de vrije beroeps-beoefenaren - teamleden moeten besteden aan de communicatie met andere werkers. Bovendien zal het intercollegiale overleg van b.v. de huisartsen en de verzorging van het contact met het hulp-personeel ook tijd vragen, tijd die in de solo-situatie aan direct productieve arbeid gewijd kan worden.⁵⁾

5) Theoretisch bezien kan men hier tegenover stellen dat de solo-werkende huisarts die ook goed wil samenwerken met anderen door verspreide huisvesting e.d. nog meer tijd aan overleg etc. kwijt is en dat er toch in sommige gevallen voor over heeft. Veel groter is het aantal gevallen dat het dan maar niet of weinig intensief gebeurt.

Financiering van het onroerend goed en de inrichting daarvan.

De financiering van een groepspraktijk van huisartsen is iets dat door de overheid en op het gebied van de gezondheidszorg opererende instanties en verenigingen veelal wordt overgelaten aan de betrokkenen zelf. Toch zijn in de praktijk in een aantal gevallen stimulerende maatregelen getroffen. Bijvoorbeeld doordat gemeentegrond verkocht is beneden de normale prijs of op gunstige voorwaarden, of doordat een ziekenfonds geld leende beneden de marktprijs.

Banken zijn bereid een hypothecair crediet te verschaffen op basis van ca. 70% van de executiewaarde die echter veelal wat lager zal liggen dan de stichtingskosten. De rest zal uit eigen middelen moeten komen. Het verstrekken van een top-hypothec stuit in het algemeen op bezwaren van geldgeverszijde, tenzij de gemeente of een ziekenfonds een garantie verstrekken.

Daarnaast zijn er natuurlijk huurmogelijkheden b.v. in een voor winkels bestemd complex, in voor kantoorruimte bestemde gebouwen, soms in een dienstencentrum etc.

De realisatie van een gezondheidscentrum waarin een aantal personen en instanties werkzaam in de eerste lijn willen gaan samenwerken, kan geschieden door geschakelde bouw, waarbij de diverse groepen van vrije beroeps-beoefenaren (of individuen) ieder hun eigen deel financieren en bezetten evenals de participerende verenigingen etc. Door overleg en het inschakelen van één architect kan dan toch een harmonisch geheel worden verkregen waarbij t.a.v. de financiering de traditionele kapitaalstromen kunnen blijven vloeien. In Apeldoorn en Goirle kan men kennisnemen van de realisatie van een project op de boven aangeduide basis.

Als één van de participerende partijen kapitaalkrachtig is en/of een goed financier, is het denkbaar dat deze partij als bouwheer en financier optreedt. In Groesbeek is iets dergelijks gerealiseerd door een particulier. Ook Kruisverenigingen zijn als bouwheer opgetreden.

De ruimten die bestemd zijn voor de andere werkers in de eerste lijn, kunnen dan aan de betrokkenen op huurbasis beschikbaar worden gesteld. Uiteraard dient in een dergelijk geval gewerkt te worden tegen een overheersende positie van de verharende partij.

Bij nieuwbouw zal een bouwcommissie waarin alle betrokkenen op basis van evenredigheid vertegenwoordigd zijn, waarbij de te gebruiken oppervlakte enigszins als maatstaf kan dienen zal er voor moeten waken dat aan de belangen van alle betrokkenen recht wordt gedaan en hun verlangens zo goed mogelijk worden gehonoreerd.

De op te stellen huurcontracten dienen de huurders een redelijke zekerheid te verschaffen. Bij opzegging en nieuwe verhuur zal het team van werkers een belangrijke stem moeten hebben t.a.v. de opvolging van de vertrekkende(n).

Het is verder denkbaar dat het gebouw voor een gezondheidscentrum wordt gerealiseerd door of ten behoeve van een belegger of een maatschappij die zich de exploitatie van onroerend goed ten doel stelt. Veel ervaring met deze vorm van realisatie is er nog niet.

Het wil ons voorkomen dat er ten aanzien van de financiering van de bouw van gezondheidscentra 2 instanties in de eerste plaats in aanmerking komen om de nodige faciliteiten te scheppen namelijk de gemeenten en de ziekenfondsen. Dat het wenselijk zou zijn dat er een landelijk investeringsfonds zou komen, waarin de belanghebbenden participeren teneinde ruimere mogelijkheden te scheppen en uniforme regelingen te creëren is een gedachte van de desbetreffende Commissie van de Ziekenfondsraad, die wij gaarne onderstrepen 6).

In toenemende mate zijn de Nederlandse gemeenten er zich van bewust, dat zij ook op dit terrein een taak hebben, waarbij zoals eerder werd opgemerkt niet alleen aan de financiering van de gebouwen moet worden gedacht. Het verstrekken van een subsidie om de aanloopkosten goed te maken en het financieren van een team-begeleiding in de aanvangsfase kunnen conditiones sine qua non genoemd worden. Wat dit laatste betreft, menen wij dat ook in zekere mate een beroep op de ziekenfondsen gedaan zou kunnen worden.

In principe zijn er, als we uitgaan van een actieve rol van de gemeente t.a.v. de eerste-lijns-gezondheidszorg en in het bijzonder t.a.v. het stichten van gezondheidscentra twee mogelijkheden: het doen bouwen of beschikbaar stellen van een gebouw door de gemeente zelf en het verschaffen van een garantie t.a.v. aflossing en rente aan een door de gebruikers in het leven geroepen rechtspersoon, waardoor het aantrekken van het benodigd kapitaal een simpele zaak wordt.

Als het om een nieuw gebouw gaat, verdient o.i. de laatste figuur de voorkeur, o.a. omdat zodoende een zekere distantie wordt bewaard tussen overheid en particulier initiatief.

Het is uiteraard denkbaar dat een vertegenwoordiger van de gemeente zitting heeft in het bestuur van de rechtspersoon in kwestie, maar dan is het niet mogelijk dat de betrokkene wel eens in een rolconflict verzeilt met name als het een ambtenaar betreft. Eleganter is vertegenwoordiging via een adviseur eventueel ad hoc en contrôle via begroting en rekening en verantwoording.

Gaarne zouden wij er op deze plaats voor willen pleiten wel een vertegenwoordiger van het algemeen belang bij voorkeur van de rechtstreeks bij het centrum betrokken patiënten c.q. cliënten in de besturen van dergelijke centra op te nemen, welke dan bij voorkeur verantwoording verschuldigd zou moeten zijn aan de mensen wier belangen hij wordt geacht te vertegenwoordigen.

Tot nu zijn de ervaringen met het inschakelen van de bewoners bij de zorg voor de wijkgezondheidszorg nog gering. Het verdient aanbeveling hier intensief aandacht aan te besteden waarbij misschien lering mogelijk is t.a.v. de ervaring die men t.a.v. de inschakeling bij herstructureringsplannen van woonwijken e.d. heeft opgedaan 7).

Een bescheiden financiële bijdrage behoort misschien dan ook tot de mogelijkheden.

6) Zie "Advies inzake ontwikkeling van groepspraktijken en gezondheidscentra". Uitgave van de Ziekenfondsraad 1972 N 25, blz. 52 e.v. Hierin wordt ook de mogelijkheid genoemd dat de Ziekenfondsen een garantie verstrekken t.a.v. rente en aflossing.

7) Zie b.v. Drs. H.P.G. Hoorn, *Inspraak: welke afspraken voor een goede samenspraak*, Intermediair 9e jaargang 27 - 13 juli 1973.

V. JURIDISCHE ASPECTEN VAN SAMENWERKINGSVERBANDEN.

De beoefenaren van een vrij beroep.

Gesteld, dat beoefenaren van een vrij beroep zoals huisartsen, fysiotherapeuten of tandartsen werken in een gezondheidscentrum waar ruimte beschikbaar wordt gesteld op huurbasis.

Het is dan mogelijk, dat er tussen de betrokken vakgenoten niet of nauwelijks sprake is van een grotere band dan in de traditionele setting. In dat geval zal er weinig aanleiding bestaan om met de collega's bijzondere overeenkomsten aan te gaan op financieel terrein. Een ieder zal zijn ruimte huren en bijdragen in de algemene kosten als verwarming, schoonhouden, salaris conciërge etc., tenzij dit alles bij de huur is inbegrepen.

Uiteraard is het mogelijk dat er wél speciale afspraken zijn en zelfs is zulks waarschijnlijk (b.v. in de vorm van een gemeenschappelijke avond- en weekend dienst) maar dit hoeft nog niet te leiden tot bijzondere financiële bindingen.

Dit laatste zal zeker het geval zijn als men gezamenlijk bepaalde activiteiten gaat financieren, zoals b.v. het gebruik van een electrocardiograaf.

Hierbij kan dan de "normale" praktijkvoering nog voor eigen rekening blijven geschieden. De verdeling van de kosten zal een onderdeel kunnen vormen van de bij voorkeur schriftelijk vastgelegde overeenkomst, waarbij ook zeggenschap over het nieuwe attribuut e.d. worden geregeld.

Is er sprake van geïntegreerde praktijkvoering in die zin dat er één kaartstelsel is, dat het hulppersoneel de hele groep ten dienste staat, dat het belangrijkste deel van het instrumentarium gemeenschappelijk eigendom is, dan ontstaat er dus één onkostenrekening voor het geheel en moet men dit totaal op bepaalde wijze over de groepsleden omslaan. Wenst men hierbij rekening te houden met verschillen in de praktijkgrootte, dan zal dit op een iets ingewikkelder manier moeten gebeuren, dan wanneer zulks niet het geval is. (Gedifferentieerde verdeelsleutel).

Men kan nu opteren voor een potovereenkomst dan wel een stichting oprichten, die de exploitatie voor de groepspraktijk financiert en alleen betrekking heeft op de exploitatie-kosten. (Wat de details betreft, verwijzen wij naar de publicatie "Groepspraktijken" van het N.H.I.)

In feite krijgen we nu die figuur, waarbij één of meer groepspraktijken functioneren binnen het kader van een gezondheidscentrum, dus een centrum met interdisciplinaire samenstelling en één of meer homogene team(s). Het blijkt in de praktijk, dat men zich de organisatorische en andere consequenties van een dergelijke opzet niet altijd bewust is. Zo kan het voorkomen, dat leden van de gehele groep min of meer automatisch verwachten dat b.v. de assistentes van de huisartsen-groepspraktijk ook voor hen hand- en spandiensten verrichten, alhoewel deze dames aangenomen zijn alleen door huisartsen en ook door hun wor-

den betaald 8).

Dergelijke zaken dient men uiteraard direkt in de aanvang bij de functie-analyse aan de orde te stellen en duidelijk te regelen in de op te stellen arbeidsovereenkomsten met de financiële consequentie van dien.

Uit het bovenstaande blijkt dat wij zijn gaan spreken van een groepspraktijk in het geval van integratie van de praktijkvoering hetwelk automatisch leidt tot het treffen van een regeling t.a.v. de voor de gezamenlijke praktijk gemaakte kosten.

Men kan deze lijn verder doortrekken en ook de inkomsten poolen en dan een maatschapsovereenkomst sluiten. Omdat er dan tenslotte met één verlies- en winstrekening wordt gewerkt zou men ook kunnen overwegen voor de praktijken te komen tot de oprichting van een Besloten Vennootschap. Vooralsnog ziet het er echter naar uit dat de B.V. voor artsen enigermate geschikt lijkt om op fiscaal aantrekkelijke wijze financiële voorzieningen te treffen voor de oude dag maar weinig geschikt is om vorm te geven aan een financiële samenwerking tussen twee of meer partners. Voor de details verwijzen wij naar het blad "De naamloze Vennootschap" jaargang 52, No. 2 febr./maart 1974.

Een punt dat nog even onze aandacht bezig zal houden is de noodzaak bij vervanging van één van deze leden van het homogene team - de groepspraktijk - om redenen dat b.v. iemand elders een functie heeft aanvaard, rekening te houden met de opvattingen zowel van de andere deelnemers van de groepspraktijk als ook met die van de medewerkers met een andersgeaarde opleiding in het centrum, zo daar een goede werk-relatie mee bestaat (wijkzusters, fysiotherapeuten en maatschappelijk werkenden bijv.).

Bovendien moet men zolang een dokterspraktijk een zekere handelswaarde heeft, rekening houden met de belangen van de vertrekkende partij of in geval van overlijden diens nabestaanden.

Wat het eerste betreft, wordt er in artsen-kringen vaak moeilijk gedaan over de keuze van de juiste partner, maar overweegt men zelden hierbij een objectieve buitenstaander in te schakelen. Toch moet het ons inziens mogelijk zijn met profijt gebruik te maken van een psycholoog met ervaring in de selectie van personeel speciaal als deze ook non-profit instituten met academisch gevormd personeel adviseert.

Beide bovenstaande zaken zouden contractueel geregeld moeten worden. Ook de verhuurder zou t.a.v. het beschikbaar stellen van eventueel vrijkomende ruimte moeten schikken naar de verlangens van de teamgenoten, zonder dat dit uiteraard ten koste van zijn huur-opbrengst mag gaan 9).

8) Vergelijk W.P. van den Hout: Gezondheidscentrum Hoensbroek-Noord, enkele beschouwingen over het functioneren van ons assistentenbestand. Huisarts en Wetenschap 1973, no. 5 (mei) blz. 187.

9) De huurcontracten hebben mede invloed op de taxatie van de executiewaarde en derhalve op de hoogte van de hypothecaire lening.
Zie Hfdst. IV.

In het geval dat er een maatschapsovereenkomst bestaat, kan e.e.a. geregeld worden in de maatschapsovereenkomst zelve voor zover het slechts de homogene groep regardeert.

Wat betreft de financiële belangen bij uittreden, overlijden etc. van de rechthebbende lijkt het gewenst een zodanige schikking te treffen, dat de overblijvende maten de praktijk overnemen tegen een redelijke prijs van de betrokkene(n).

Het zou het eenvoudigst zijn als van tevoren hierover volledig duidelijkheid bestond b.v. doordat wordt overeengekomen, dat X van het bruto inkomen van het laatste jaar wordt betaald. Jarmer genoeg is de prijs van de goodwill onderhevig aan een duidelijk eigen conjunctuur. Het gevolg van een afspraak als de bovengenoemde kan zijn, dat gezien de marktsituatie óf de maten te veel moeten betalen en t.a.v. de doorverkoop aan de nieuwe collega een verlies moeten accepteren of dat de rechthebbende(n) tekort wordt gedaan.

Tenslotte merken we nog op dat de L.H.V. voor groepspraktijken heeft geaccepteerd, dat er een concurrentie-beding in de maatschapsovereenkomst wordt opgenomen.

Dit impliceert dat een vertrekkende maat binnen een cirkel met een bepaalde straal vanaf het centrum van het praktijkgebied, zich niet weer als huisarts mag vestigen.

Opname van een dergelijke bepaling is in het algemeen zeer aan te bevelen en zou ons inziens ook opgenomen moeten worden in de maatschapsbepalingen van andere in het centrum werkzame groepen ¹⁰⁾.

De medewerkers in dienstverband.

T.a.v. de beoefenaren van een vrij beroep die in dienst (willen) treden van de Stichting of Vereniging, die een gezondheidscentrum beheert en eventueel ook in eigendom heeft, is baanbrekend werk verricht ten behoeve van het gezondheidscentrum te Maarssenbroek en dat te Venlo. Uiteraard zal men dan aansluiting moeten zoeken bij het systeem dat de jonge huisarts in dienst van het centrum een carrière maakt, d.w.z. begint met een salaris dat overeenkomt met de laagste bedragen die de LAD kent voor artsen in dienstverband waarna een geleidelijke stijging plaatsvindt. In een verder stadium kan men zich voorstellen dat bijvoorbeeld door werkclassificatie de salarissen van de diverse categorieën medewerkers van het centrum op basis van objectieve criteria zo harmonisch mogelijk op elkaar worden afgestemd.

Verder is het van belang dat dusdanige regelingen worden getroffen dat de medewerkers een dusdanige invloed hebben op de gang van zaken dat de zorgverlening volgens eigen normen aan de professie ontleend kan plaatsvinden en de dagelijkse gang van zaken geregeld wordt door

10) In deze paragraaf is er vanuit gegaan dat er alleen ruimte in een gebouw beschikbaar wordt gesteld. In Amsterdam gaan de ziekenfondsen t.a.v. de tandartsen verder en stellen ook assistentie, apparatuur en benodigdheden beschikbaar. Dit is dan eigenlijk de integrale kostenvergoeding die de ziekenfondsen ook zouden willen toekennen aan huisartsen, die in groepsverband werken. De ATZ heeft voor deze regeling een standaard contract.

de team-leden zelf. Uit dien hoofde is het ook niet aan te bevelen dat exploitatie en beheer van een centrum met alle werkers in dienstverband wordt ondergebracht bij bestaande kruisverenigingen zoals wel eens is gesuggereerd. Daarvoor komt men in die hoek nog te veel besturen tegen die weinig geneigdheid vertonen tot delegatie van bevoegdheden aan de werkers in het veld. Bovendien vertoont de bevolking vaak weinig reële interesse voor het feitelijke beheer en zal de door ons bepleite directe participatie van cliënten - patiënten in dit kader moeilijk te realiseren blijken ¹¹⁾.

Het wil ons voorkomen dat de financiering van centra met diverse soorten zorgverleners in dienstverband die normaliter tot de medewerkers van de ziekenfondsen worden gerekend dusdanig speciale eisen stelt dat aan een aparte regeling niet te ontkomen valt.

Door middel van het gezamenlijk opstellen van model-statuten en het ontwikkelen van begrotingsnormen moet het mogelijk zijn tot een bevredigende oplossing te komen. Ons inziens zou de mogelijkheid geschapen moeten worden dat dergelijke rechtspersonen t.z.t. rechtstreeks wijk-verplegenden en maatschappelijk werkenden - eventueel psychologen - in dienst nemen ¹²⁾

Het gebouw.

Hiervoor is reeds bij de financiering ter sprake gekomen dat het mogelijk is te komen tot geschakelde bouw. Participanten bezitten daarbij ieder hun deel van het centrum.

Deze oplossing sluit ook juridisch gezien tamelijk wel aan bij de gebruikelijke gang van zaken. Wij behoeven hier dan ook niet lang bij stil te staan. Wel kan worden opgemerkt, dat als één groep van vrije beroepsbeoefenaren vrij groot is, het aanbeveling verdient te overwegen het pand niet op naam van de groepsleden te doen schrijven maar een aparte rechtspersoon te creëren die de eigenaar wordt.

De bedoeling hiervan is, dat bij mutaties in de groep niet telkens overschrijvingskosten e.d. moeten worden betaald.

Men kan hierbij denken aan de oprichting van een Besloten Vennootschap of aan een Coöperatieve Vereniging. In het eerste geval betekent dan de vervanging van één lid van de groepspraktijk door een ander dat een aandeel of enkele aandelen over gaan van de ene hand in de andere. Wil men voorkomen dat anderen dan de groepsleden mede-eigenaar zijn of worden, dan zal zulks geregeld kunnen worden in de statuten. Het aandeel zal dan bij vertrek of overlijden moeten worden aangeboden aan het Bestuur van de Vennootschap.

Afrekening kan plaatsvinden op basis van een waardebeoordeling voor een beëdigd makelaar en taxateur. Uitkering pro rato naar de omvang van

11) Men komt dan terecht bij een taakstelling van het Bestuur die hoofdzakelijk als toezien kan worden gekwalificeerd. Zie hierover ook E.C.H. Murse "De taakopvatting van besturen van instellingen" gepubliceerd in Hulpverleners en veranderen. Afl. 3, juni 1973.

12) In Rotterdam zou er sprake van zijn dat enkele huisartsen werkzaam in een gezondheidscentrum in gemeentedienst zouden treden. Hoewel misschien aanvaardbaar als noodoplossing lijkt het ons dat een structurele wijziging in andere richting moet worden gezocht.

het aandeel in het onroerend goed en de overige bezittingen, zo de B.V. tevens eigenaar is van de inrichting, het instrumentarium e.d.

Volledigheidshalve noemen wij verder nog de mogelijkheid het onroerend goed op naam te schrijven van een trustee.

De leden van de groep worden door certificaat houder en de verhandelbaarheid van deze certificaten kan naar wens worden geregeld.

Als de overheid eigenaar is van het gebouw lijkt de zaak eenvoudig verleken met het voorgaande en dat is als het ware het andere uiterste. Men kan zich voorstellen dat er van Overheidszijde de voorkeur aan wordt gegeven geen huurcontracten af te sluiten met een allegaartje van individuen, stichtingen, verenigingen e.d. maar met b.v. één stichting, waarin participanten zich hebben verenigd. Men zou hierin een waarborg kunnen zien voor de zo gewenste continuïteit terwijl de wil tot samenwerken dus moet zijn uitgekristalliseerd in het tot stand komen van een rechtspersoon. Overigens als onvoldoende rekening is gehouden met de motivatie van de veldwerkers, de organisatie ramelt en het ontbroken heeft aan elke vorm van agogische begeleiding geeft het bestaan van een rechtspersoon nog bedroevend weinig waarborg t.a.v. continuïteit en harmonisch ontwikkelde zorgverlening.

Het gebouw tenslotte kan het bezit zijn van de Stichting of rechtspersoonlijkheid bezittende vereniging, eventueel B.V. of coöperatieve vereniging, die de samenwerkende individuen en instanties, tot dit doel hebben opgericht. In het algemeen zal het niet alleen blijven bij de simpele eigendom, maar zal een groter of kleiner deel van de exploitatie ook voor rekening komen van de stichting of vereniging. Hoever men daarbij gaat, is goeddeels afhankelijk van de wensen op het gebied van de integratie van de zorgverlening.

De Stichtingsvorm is oorspronkelijk bedoeld voor het beheren van een kapitaal. Het is in wezen geen democratische figuur, de plicht verantwoording af te leggen ontbreekt. Toch kan men via de statuten wel een flink stuk democratie onbouwen. Hierboven is reeds gewezen op de mogelijkheid op deze wijze inspraak van de veldwerkers in te bouwen. Ook kan men een benoemingsrecht toekennen aan bewoners - verenigingen of wijkraden en zo de patiënten / cliënten bij het beheer betrekken.

De verenigingsvorm is met verantwoordingsplicht en verkiezingsmechanisme in principe democratischer van opzet. In talloze verenigingen komt hier echter in de praktijk vrijwel niets van terecht, ledenvergaderingen worden nauwelijks bezocht, jaarverslagen slecht gelezen, besturen aangevuld door coöptatie.

Veel belangrijker dan de rechtsvorm is dan ook de mentaliteit. De mentaliteit van de werkers, die er op gericht moet zijn samen met bewoners de gezondheidszorg te optimaliseren, eventueel met inschakeling van vrijwillige hulpverleners.

De mentaliteit van de bewoners ook die dan tot uitdrukking kan komen in geïnteresseerdheid voor het wel en wee én van de wijk én van de gezondheidszorg speciaal.

Wat betreft de figuur van de Besloten Vennootschap kan men de volgende constructie overwegen.

- A. Het centrum wordt eigendom van een B.V., in het kapitaal waarvan men deelneemt naar rato van het aantal te huren m².
- B. De B.V. verhuurt het gebouw aan een stichting. Het Bestuur wordt samengesteld uit de huurders, waarbij ook rekening kan worden gehouden met de zwaarte van ieders belang. De stichting verhuurt op haar beurt ruimte aan de diverse participanten.

Ten aanzien van de B.V. moet worden gezien in hoeverre het acceptabel is dat niet direct belanghebbenden via aandelen-bezit invloed hebben in het bestuur.

Verder zijn ook in dit opzicht de fiscale consequenties van belang. Het verdient aanbeveling te onderzoeken of het zin heeft de B.V. als beleggingsmaatschappij te concipiëren waarbij dit uiteraard ook in de statutaire doelstelling moet worden verwerkt.

Op de figuur van de Coöperatieve Vereniging gaan wij niet nader in.

VI. DE BOUW VAN HET GEZONDHEIDSCENTRUM.

Bij een gezondheidscentrum gaat het om de huisvesting van mensen die diensten aanbieden op het gebied van medische hulp en begeleiding, om paramedische hulp en om sociale dienstverlening. Een deel van deze dienstverlening vindt plaats in het gebouw zelf, een deel elders bijv. bij de patiënt / cliënt thuis.

De aard van de aangeboden diensten verschilt; met dit verschil t.a.v. de componenten zal bij de bouw rekening moeten worden gehouden.

Is er sprake van een (hecht) team van hulpverleners, dan zal men in inrichting en vormgeving van het gebouw een neerslag moeten vinden van hun "philosophy".

Aanpassing aan het karakter van de omgeving of de wijk - als het om wijkgezondheidszorg gaat - ligt voor de hand.

Het Nederlands Huisartsen Instituut beschikt over een check-list om samenwerkers in spé te helpen bij het opstellen van een program van eisen. Deze vragenlijst is vrij gedetailleerd t.a.v. het onderdeel "groepspraktijk van huisartsen", veel minder gedetailleerd t.a.v. de andere disciplines. Onderzoeksresultaten uitmondend in standaardmaten voor b.v. de huisvesting van tandartsen, fysiotherapeuten etc. zijn eigenlijk niet voor handen.

Aangezien er nog weinig bekend is over de functionele relaties van in gezondheidscentra samenwerkende eerste-lijns-werkers en er bovendien nog vrijwel niets bekend is over de appreciatie van patiëntenwege, is het op zichzelf al een enorme verdienste als een maximale flexibiliteit wordt ingebouwd.

Zijn bepaalde kwantitatieve ontwikkelingen t.a.v. bijvoorbeeld de omvang van de patiëntenpopulatie op het moment van de bouw reeds te voorzien, dan dient men daar bij de opzet rekening mee te houden. (Uitbreidingsmogelijkheden!)

Deze voorwaarde - het mee kunnen laten groeien van de behuizing bij een groeiende samenwerking of bij een toenemende vraag naar de betrokken diensten bijv. door bevolkingsgroei is van veel belang voor de keuze van de principiële opzet van het gebouw.

Gebaseerd op 4 verschillende schematische uitgangspunten zullen wij de consequenties bezien ten aanzien van drie belangrijke criteria. Deze criteria zijn de volgende:

- 1^o met betrekking tot het genoemde groeiproces
- 2^o met betrekking tot de bouwprijs
- 3^o met betrekking tot het vereiste grondoppervlak

Wij komen zo tot de volgende typologie:

Type A: Opbouw om een centrale hal

- Consequenties ten aanzien van
- 1: te realiseren in twee fasen
 - 2: relatief lage bouwprijs
 - 3: relatief klein totaal-oppervlak

Type B: Opbouw om patio

- Consequenties ten aanzien van 1: te realiseren in twee à drie fasen
2: hogere bouwprijs dan A
3: wat groter totaal-oppervlak dan bij A, bouw in twee lagen zeer goed mogelijk

Type C: Opbouw aan centrale binnenweg

- Consequenties ten aanzien van 1: te realiseren in meerdere fasen
2: hogere bouwprijs dan A
3: relatief ruim grondgebruik

Type D: Vrije paviljoenbouw met verbindende wachtruimten

- Consequenties ten aanzien van 1: te realiseren in meerdere fasen
2: hogere bouwprijs dan A
3: relatief ruim grondgebruik

In de aan het slot van dit hoofdstuk weergegeven plattegronden vindt U deze basisvormen in zekere zin terug.

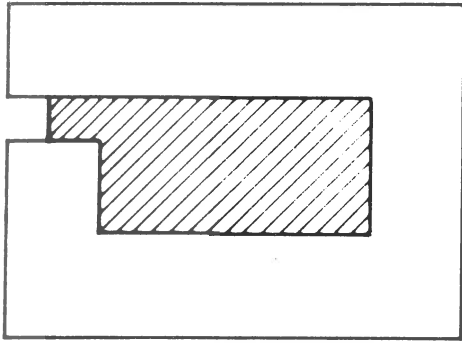
De centra "Biddinghuizen" en "Withuis" in Venlo behoren tot wat hierboven het type A genoemd is. Het centrum in Hoensbroek kan onder het type C gerekend worden en dat te Goirle eveneens.

Verder beelden wij hier nog de plattegrond af van een klein centrum in Meerkkerk, aanvankelijk was daar alleen sprake van een consultatiebureau voor het werk van de plaatselijke kruisvereniging met daaraan vastgebouwd een dienstwoning. De uitbouw met een gebouw voor 2 huisartsen met apotheek werd later gerealiseerd. Enigermate is hier sprake van het type B.

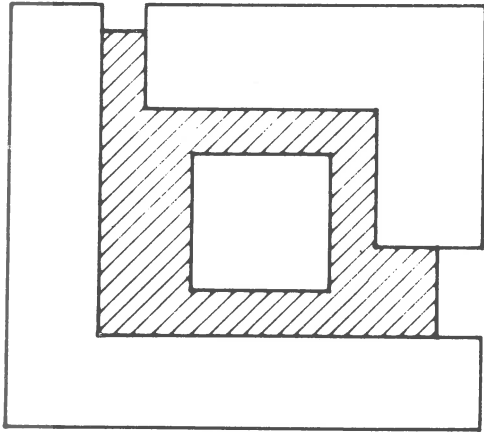
Wat groter is het centrum Assen-Oost dat eveneens het resultaat is van de uitbouw van een bestaand gebouw van het Groene Kruis.

De bestemming van de diverse vertrekken vindt de lezer aangeduid op de lijst met cijferaanduidingen. Onder de cijferaanduiding is in het algemeen de oppervlakte van de betrokken ruimte aangegeven.

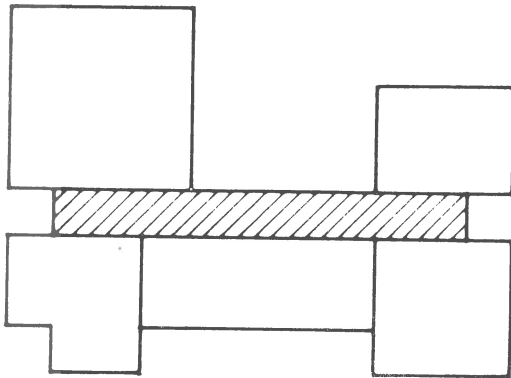
In tabel 1 vindt de lezer enkele algemene en financiële gegevens over de gepubliceerde ontwerpen alsmede namen en adressen van de betrokken architecten.



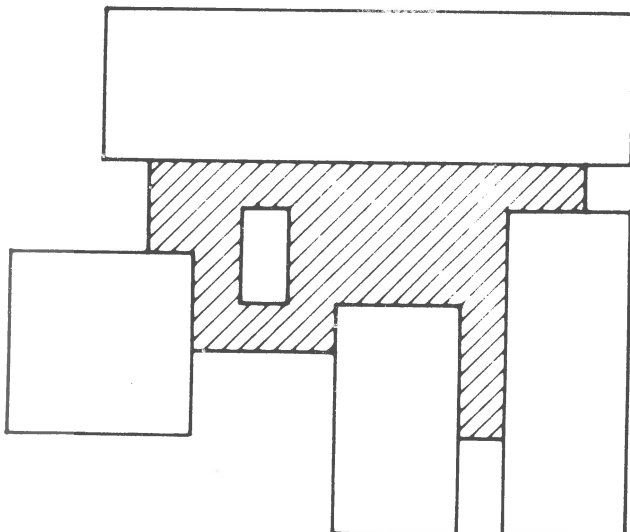
A



B



C



D

Tabel 1: Enkele gegevens betreffende de bouw van de weergegeven gezondheidscentra.

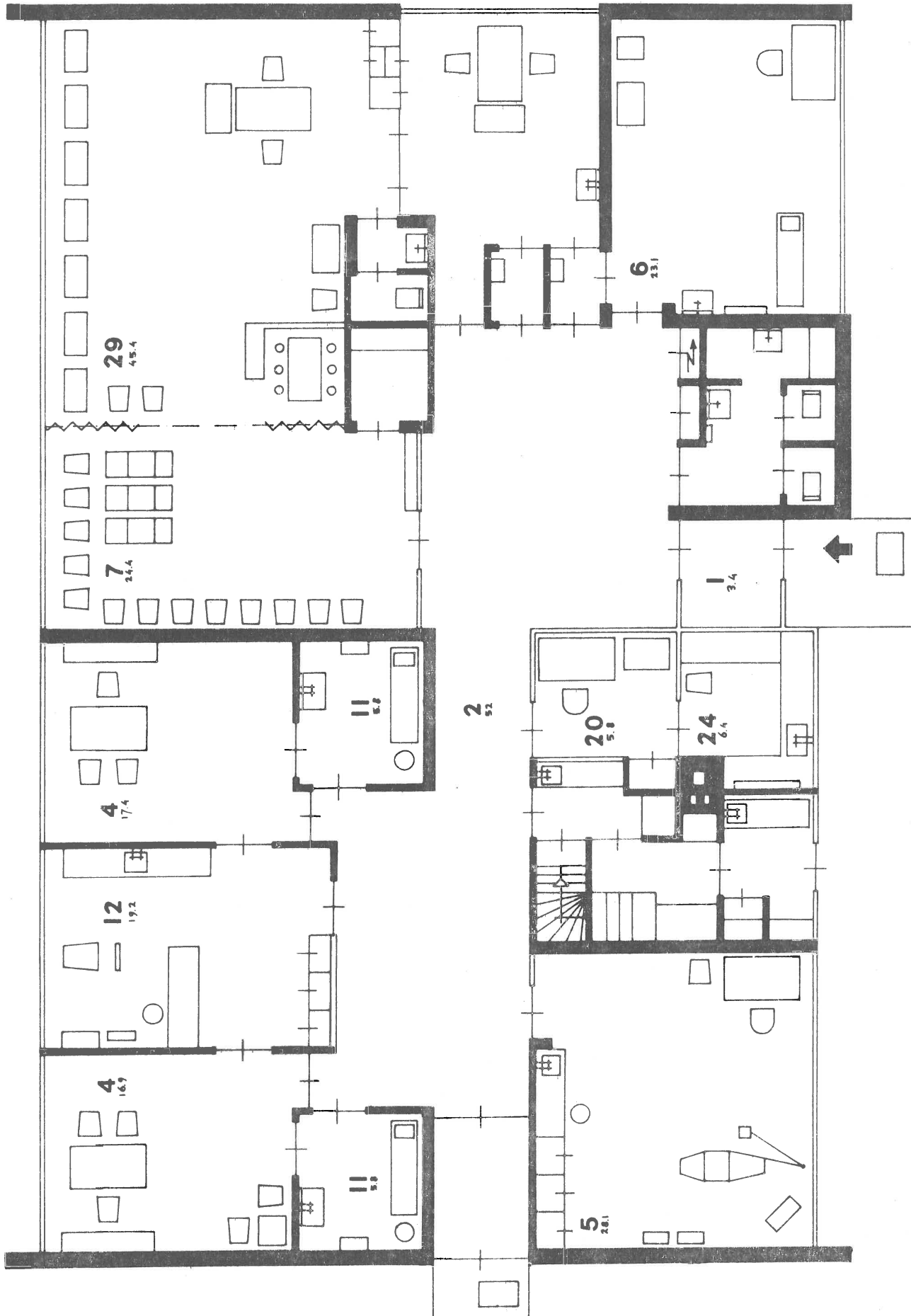
Plaats	Bouw- jaar	Vloeroppervlak netto	Vloeroppervlak bruto	Bouwkosten incl. cv. hon. en BTW (omzetbel.) in totaal	Bouwk. netto	Bouwk. bruto	Bouwk. p/m ² netto op basis 1973	Architect
Biddinghuizen	1968	306 m ²	343 m ²	f. 220.000,=	f. 719,=	f. 641,=	f. 1.228,=	J. Jellema (openbaar lichaam Zuidelijke IJsselm. Polders).
Venlo	1972	581 m ²	647 m ²	f. 381.804,=	f. 657,=	f. 590,=	f. 730,=	Ir. R. van Alphen, Venlo.
Hoensbroek	1969	747 m ²	853 m ²	f. 655.603,=	f. 878,=	f. 769,=	f. 1.335,=	Swinkels, Salemans, Knibbeler & Swinkels. Maastr.
Goirle	1973	364 m ²	413 m ²	f. 268.888,=	f. 739,=	f. 651,=	f. 739,=	E. van Wesemael, Goirle
Heerhugowaard	1973	1614 m ²	1) 1614 m ² 2)	f. 1367.250,= 1)	f. 845,=	f. 845,=	f. 845,=	Architectenburo Sterrenburg, Haarlem.

1) jaar van het ontwerp, uiteraard zijn de kosten geschat.

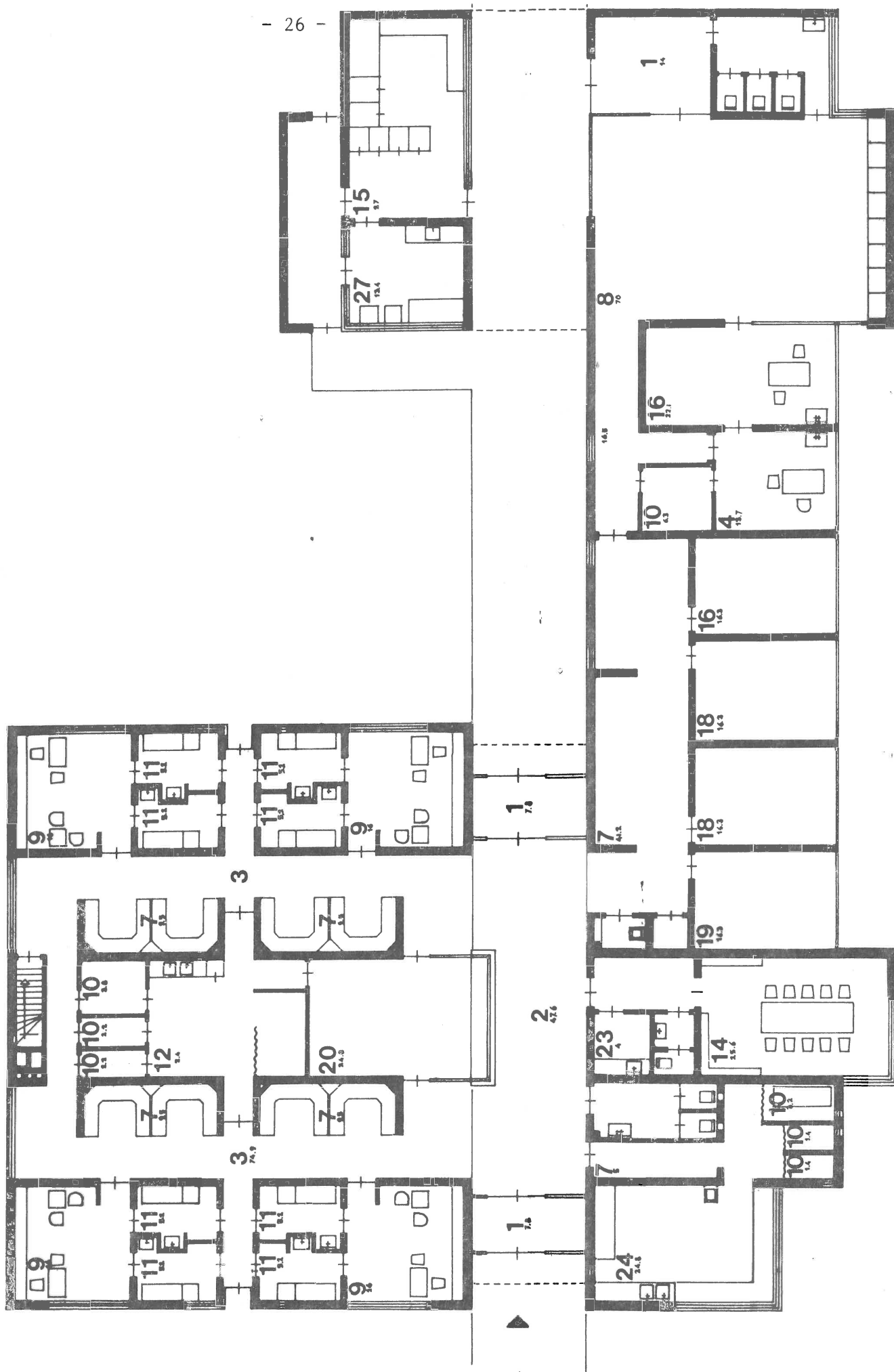
2) berekend hart op hart van de muren.

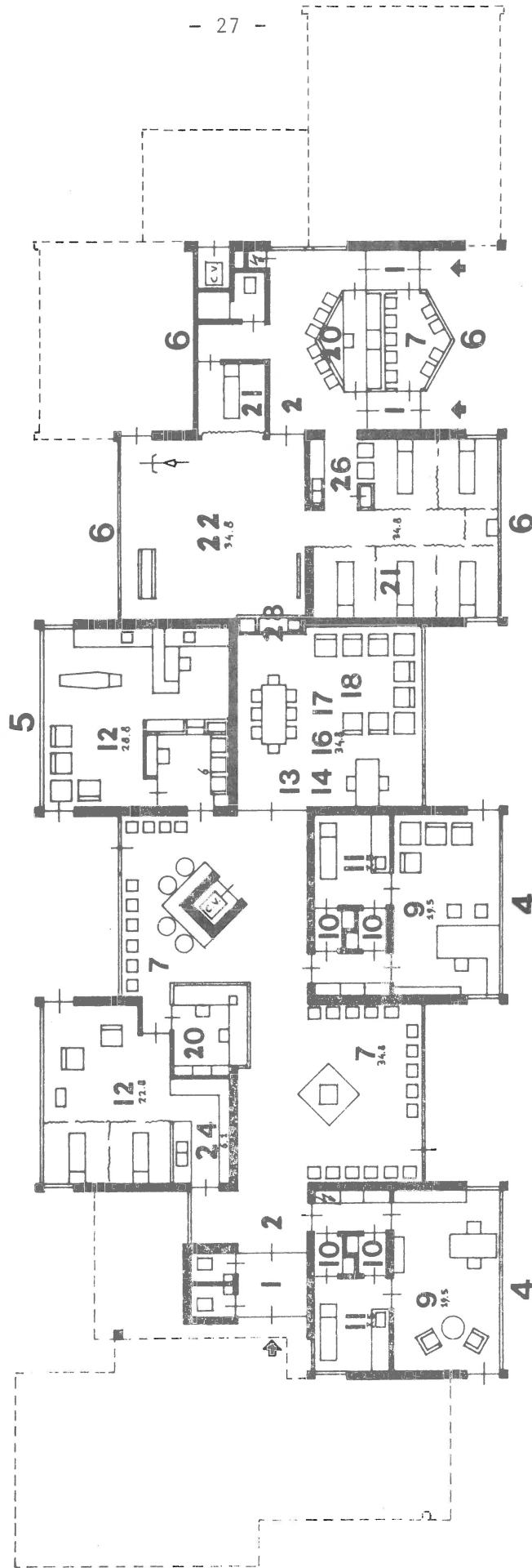
BETEKENIS VAN DE CIJFERAANDUIDING OP DE PLATTEGRONDEN.

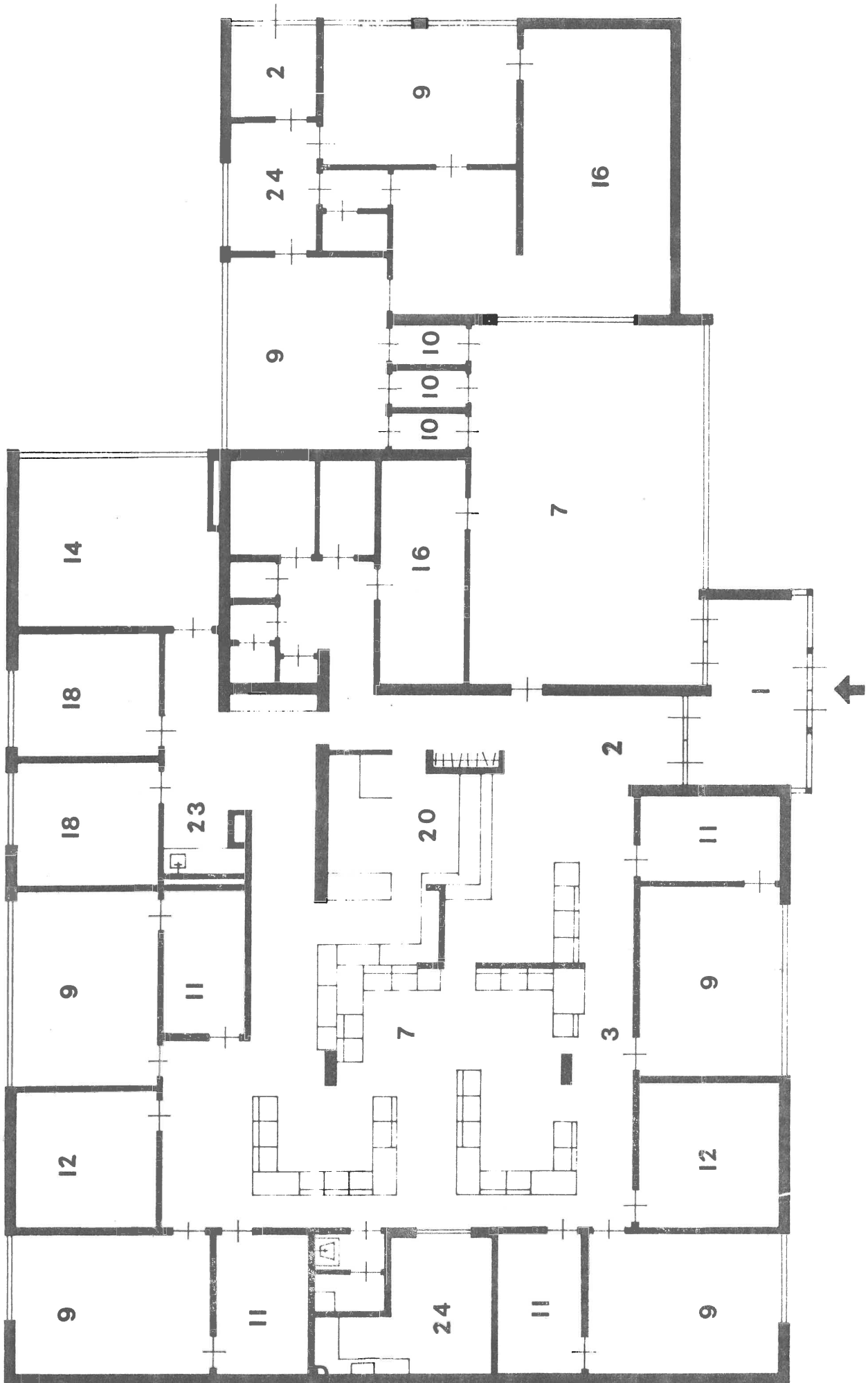
- | | |
|----------------------|--|
| 1. entree | 17. vroedvrouw |
| 2. hal | 18. maatschappelijk werker |
| 3. gang | 19. soc. psycholoog |
| 4. huisarts | 20. administratie en assistent-
ruimte, evt. receptie |
| 5. tandarts | 21. oefen / massagecabine |
| 6. fysiotherapeut | 22. oefenzaal |
| 7. wachten | 23. keuken |
| 8. wagenstalling | 24. laboratorium |
| 9. spreekkamer | 25. apotheek |
| 10. kleedsluis | 26. spoelkeuken |
| 11. onderzoekkamer | 27. desinfectie |
| 12. behandelkamer | 28. pantry |
| 13. koffiekamer | 29. praeventieve vleugel |
| 14. vergaderruimte | 30. garage |
| 15. magazijn | 31. woning |
| 16. wijkverpleegster | |

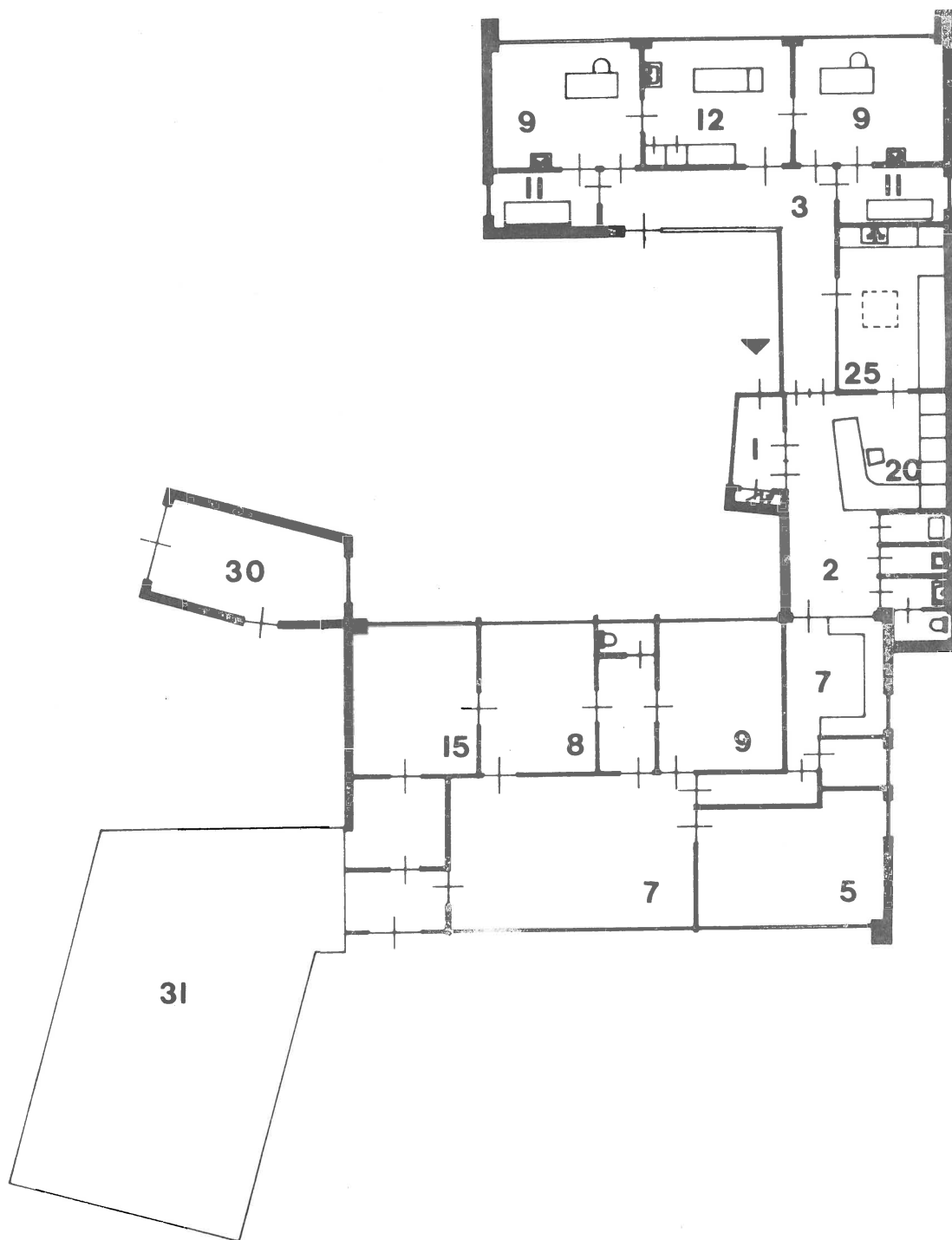












BIJLAGE I.

OVERZICHT VAN HET AANTAL FUNKTIONERENDE GROEPSPRAKTIJKEN EN GEZONDHEIDSCENTRA IN NEDERLAND 2DE HELFT 1974 VOOR ZOVER BEKEND BIJ HET N.H.I.

Voor dit doel is uitgegaan van minimaal drie verleners van zorg op medisch en/of sociaal gebied gehuisvest in een daarvoor apart gebouwd of verbouwd pand. Twee-mans praktijken blijven dus buiten beschouwing. Verder zijn wij er vanuit gegaan dat in elk geval de discipline huisartsgeneeskunde aanwezig is. Soms is de huisvesting nog provisorisch.

Een onderscheid is gemaakt tussen groepspraktijken, d.w.z. de gezamenlijke huisvesting is beperkt tot louter huisartsen en centra voor medische en sociale dienstverlening, waarbij behalve de huisartsgeneeskunde ook andere disciplines in de zorgverlening zijn betrokken, doordat zij spreekuur houden op het betrokken adres. (Daarnaast zal in veel gevallen nog samenwerking met andere disciplines bestaan zonder dat van centralisatie van huisvesting sprake is.

De gegevens zijn in het algemeen verkregen doordat van de zijde van betrokkenen advies of informatie bij het N.H.I. werd gevraagd. De betrokkenen werden in staat gesteld tot correctie van een concept-lijst.

1. Aalten	Julianastraat 7	groepspraktijk	3 artsen
2. Alkmaar	Muiderwaard 627	gezondheidscentr.	2 artsen, 1 wijkverpl., 1 maatsch.w., 1 fysiotherapeut.
3. Amersfoort	J. Tolliusstraat 30	groepspraktijk	4 artsen
4. Amstelveen	Talenseweg 6	groepspraktijk	3 artsen
5. Amsterdam	1 ^e Helmerstr. 88	gezondheidscentr. (relatie met G.U.)	3 artsen, 1 wijkverpleegster, 1 maatsch.w., 1 psycholoog
6. Amsterdam (Blm.)	Kraaiennest	gezondheidscentr.	2 artsen, maatsch.w., wijkverpl., apotheek, GG & GD.
7. Amsterdam	Lekstraat 84	gezondheidscentr.	3 artsen, 2 maatsch.w.
8. Amsterdam (Osdorp)	Dijkgraafplein 201	gezondheidscentr.	2 artsen, 1 wijkverpl., 1 maatsch.w.
9. Apeldoorn	Phytagorasstr. 6	gezondheidscentr.	complex van gebouwen waarin huisartsen, tandartsen, apotheker, wijkverpleging.
10. Apeldoorn (De Maten)	Laan v. Maten 191	gezondheidscentr.	2 artsen, fysiotherapeut, apotheker, wijkverpleging.

11. Assen-Noord	Zwartwaterweg 85	gezondheidscentr.	3 artsen, maatsch. w., wijkverpl., fysiotherapie, verloskundigen.
12. Assen-Oost	Brunelstraat 2a	gezondheidscentr.	4 artsen, 3 wijkverpl., 2 maatsch. werkenden.
13. Beek en Donk	Burg. v.d. Weidenl. 13	groepspraktijk	3 artsen
14. Biddinghuizen	Lucernehof	gezondheidscentr.	2 artsen, 1 tandarts en wijkverpl. maatsch.w.. fysiotherapie.
15. Breda	Haagweg 416	groepspraktijk	3 artsen
16. Bunschoten	Bachlaan 1	groepspraktijk	3 artsen
17. Dalfsen	Ruitenborghstr. 28	groepspraktijk	4 artsen
18. Delfzijl	Uitwierderweg 100	groepspraktijk	3 artsen
19. Dordrecht	Keplerweg 29	groepspraktijk	3 artsen
20. Drachten	Torenstraat 33	groepspraktijk	3 artsen
21. Dronten		gezondheidscentr.	3 artsen, wijkverpl., 3 fysiotherapeuten, 1 tandarts, maatsch. w., gezinsverzorg.
22. Ede	Brederhorst 65	groepspraktijk	3 artsen
23. Eindhoven (Herzenbroeken)	Karregat Urkhovenseweg 10	gezondheidscentr.	1 arts, wijkverpl. maatsch.w., gezinsverzorging.
24. Enschede	Ripperdastraat 9	gezondheidscentr.	5 artsen, wijkverpl., maatsch.w.
25. Etten-Leur	Markt 128	groepspraktijk	3 artsen
26. Gennep	Europaplein	groepspraktijk	3 artsen
27. Goirle	Herstallenstraat 2	gezondheidscentr.	2 artsen, 1 tandarts, fysiotherapie.
28. Groningen	A. Deusinglaan 4	groepspraktijk	3 artsen, Part-time in dienst v.d. R.U.
29. Groningen	De Trefkoel	groepspraktijk	3 artsen
30. Groningen-Lewenborg	Meerpaal 9 - 10	gezondheidscentr.	2 artsen, 1 tandarts, fysiotherapie, wijkverpl. maatsch.w. enz.
31. Haarlem	Stresemannlaan 43	gezondheidscentr.	2 artsen, psycholoog

32. Den Haag	Herzogstraat 50a	gezondheidscentr.	5 artsen, bejaardencentr., maatsch.w., opbouww.
33. Hardenberg	Gramsbergerweg 14	groepspraktijk	3 artsen
34. Heemstede	Scholtelaan 210	gezondheidscentr.	2 artsen, 1 maatsch.w., 1 psycholoog, 1 verlosk.
35. Heerenveen	Sieverstraat 5	gezondheidscentr.	5 artsen, 1 tandarts.
36. Den Helder	H.A. Lorentzstr. 65	groepspraktijk	3 artsen
37. Hoensbroek	Akerstraat N. 74	gezondheidscentr.	5 artsen, samenw. met wijkverpl. en maatsch.w.
38. Hoofddorp	Hoofdweg 677	groepspraktijk	3 artsen
39. Hoogeveen	Bethesdastraat 77	gezondheidscentr.	3 artsen, 2 wijkverpl., 1 maatsch.w., 1 tandarts, verloskundige
40. Huizen	Kerkstraat 50	gezondheidscentr.	7 artsen, maatsch. w.
41. Leiderdorp	Merelstraat 187a	gezondheidscentr.	samenw. tussen 3 artsen, 3 wijkverpl., 2 maatsch.w. enz.
42. Lelystad		gezondheidscentr.	artsen werken samen met wijkverpl. enz.
43. Maarssen (Maarssenbroek)	Bloemstede 531-532	gezondheidscentr.	2 artsen, 1 wijkverpl., 1 maatsch.w., 2 fysiotherapeuten, 2 verlosk.
44. Meerkkerk	Burg. Sloblaan	gezondheidscentr.	1 arts, tandarts, fysiotherapie, wijkverpleging
45. Noordwijk	Wantveld 9	gezondheidscentr.	4 artsen samen met maatsch.w. fysiotherapeut enz.
46. Nieuw Vennep	Beinsdorpstraat	gezondheidscentr.	2 artsen, wijkverpl., maatsch.w. fysiotherapie.
47. Oss	Raadhuislaan 7	gezondheidscentr.	3 artsen, maatsch. w.
48. Rhenen	Nwe. Veenendaalseweg 51a	gezondheidscentr.	5 artsen, fysiotherapeut, wijkverpleging.

49.	Rotterdam	Rosestraat 3 Feyenoord-Nrd. eil.	gezondheidscentr.	5 artsen en een echtgenote arts, wijkverpleging maatsch.w., so- ciaal raadsman, bejaardenwerk
50.	Rotterdam	Briandplaats 15 Ommoord	gezondheidscentr.	6 artsen, maatsch. w., diëtiste, wijk- verpl. enz.
51.	Rotterdam	Mathenesserlaan 264 (centr. Erasmus Univer.)	gezondheidscentr.	3 artsen, maatsch. werk
52.	Rotterdam	Randweg 10 (Randweg)	gezondheidscentr.	3 artsen, wijkver- pl., maatsch.w.
53.	Rijssen	Molenstraat 9a	groepspraktijk	3 artsen
54.	Stramproy	Amentstraat 23	gezondheidscentr.	3 artsen, tandarts wijkverpleging
55.	Stolwijk	Jan Steenlaan 4a	gezondheidscentr.	3 artsen, wijkver- pl., maatsch.w. tandarts, psycholoog.
56.	Utrecht I	Rijnhuizenlaan 27	gezondheidscentr.	2 artsen, fysio- therapeut
57.	Utrecht II	Kanaalstraat 173/175	gezondheidscentr.	3 artsen, samenw. met diëtiste, psy- chologe, wijkverpl. en maatsch.w.
58.	Utrecht III	Overvecht	gezondheidscentr.	3 artsen, wijkver- pl. en maatsch.w.
59.	Utrecht IV	Koningslaan 61	gezondheidscentr.	3 artsen, maatsch. werk
60.	Utrecht V	Detmoldstraat 46	groepspraktijk	4 artsen
61.	Veenendaal	Spanjaarsgoed 2	groepspraktijk	4 artsen
62.	Venlo	Straelseweg 193 (Withuis)	gezondheidscentr.	4 artsen, maatsch. w., wijkverpl.
63.	Wassenaar	Hofcampweg 65	gezondheidscentr.	4 artsen, kruis- ver. enz.
64.	St. Willebrord	Dorpsstraat 113	groepspraktijk	3 artsen
65.	Zoetermeer	Dorpsstraat	groepspraktijk	3 artsen
66.	Zwolle	Turfmarkt 4	groepspraktijk	3 artsen

Totaal: 24 groepspraktijken en 42 gezondheidscentra.

BEZOEK AAN EN ONDERZOEK MET BETREKKING TOT GEZONDHEIDSCENTRA.

Het is met enige aarzeling dat wij in deze brochure een lijst hebben opgenomen van gezondheidscentra en groepspraktijken.

De belangstelling voor de weinige centra die er zijn is namelijk zeer groot en komt zowel van de zijde van collegae, als van studerenden, architecten, publiciteitsmensen en vele anderen. Ook onderzoekers van verschillende pluimage hebben voor deze fenomenen veel interesse.

In naam van de betrokkenen die in de eerste plaats vaak pas kort geleden van start zijn gegaan, in de tweede plaats i.h.a. een drukke werkkring hebben en in de derde plaats vaak nog soms een stuk interne problematiek tot klaarheid moeten brengen, zouden wij willen verzoeken aanvragen tot bezoek zoveel mogelijk te beperken. In dit kader is het bovendien aanbevelenswaardig na een zorgvuldige documentatie met een wel-overwogen vraagstelling te komen terwijl het bezoek uiteraard ruim van te voren moet worden aangevraagd. Het N.H.I. is verder vrij goed ingelicht over de groepen die nog helemaal geen of weinig bezoek wensen te ontvangen en inschakeling van ons Instituut ware dus te overwegen.

Eventuele onderzoekers maken wij er verder op attent dat het N.H.I. een permanente registratie bijhoudt van wetenschappelijk onderzoek over de eerste lijn. Als men zelf dus op dit terrein plannen heeft is een contact vooraf met het N.H.I. eveneens aan te bevelen.

BIJLAGE II

Lijst van centrale organisaties wier leden in meerdere of mindere mate bij de totstandkoming van centra voor gezondheidszorg en maatschappelijke hulpverlening zijn betrokken. Sommige organisaties hebben aan deze problematiek expressievelijk aandacht besteed.

Nederlands Huisartsen Genootschap Burg. Reigerstraat 87	Utrecht	tel.: 030 - 516741
Nederlands Huisartsen Instituut Mariahoek 4	Utrecht	tel.: 030 - 319946
Landelijke Huisartsen Vereniging Lomanlaan 103	Utrecht	tel.: 030 - 885411
Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie Van Hogendorpstraat 8	Amersfoort	tel.: 03490 - 11848
Kon. Nederlandse Mij. tot Bevordering der Pharmacie Alexanderstraat 11	's-Gravenhage	tel.: 070 - 655922
Stichting Nationaal Centrum voor Kruiswerk Postbus 3200	Utrecht	tel.: 030 - 333412 313546
Kon. Nederlandse Mij. tot bevordering der Tandheelkunde Lomanlaan 103	Utrecht	tel.: 030 - 885341
Nederlandse R.K. Vereniging van Vroedvrouwen Hezelstraat 19	Ooij (bij Nijmegen)	tel.: 08893 - 271
Bond van Nederlandse Vroedvrouwen p/a Mevr. A.A. Lems, Randweg 94b	Rotterdam	tel.: 010 - 195646
Nationale Raad voor Maatschappelijk Welzijn Eisenhowerlaan 146	's-Gravenhage	tel.: 070 - 512141
Stichting Maatschappelijke Dienstverlening van de Samenwerkende Samenwerkingsorganen		tel.: 04100 - 37513
Postbus 268	's-Hertogenbosch	- 44567
Nederlandse Unie van Ziekenfondsen Biltstraat 198	Utrecht	tel.: 030 - 715824
Federatie "V.M.Z." Wilhelminalaan 1 - 3	De Bilt	tel.: 030 - 760841
Organisatie van Alg. Ziekenfondsen in Nederland (OAZ) Amsterdamseweg 282	Amsterdam	tel.: 020 - 431544
Stichting Autonome Ziekenfondsen (BAZ) Stationsplein 11	Nijmegen	tel.: 080 - 226845

BIJLAGE III

Normen m.b.t. de verhouding zorgverleners / cliënten c.q. patiënten. Vooral bij de planning van gezondheidscentra voor nieuwe wijken en stadsdelen blijkt duidelijk de behoefte aan een houvast bij het vaststellen van een redelijke verhouding tussen het aantal verleners van zorg en hulp en de geplande bevolkingsomvang. De moeilijkheid is dat men bij het zoeken naar reële uitgangspunten zich enerzijds moet baseren op subsidienormen terwijl men in andere gevallen het beperkt beschikbaar zijn van bepaalde hulpverleners (tandartsen bijv.) in aanmerking moet nemen. De meest wenselijke verhouding is een getal waarover de meningen vaak nogal uiteenlopen. (Zo stelt men wel dat een huisarts werkend in teamverband niet meer dan ca. 2.200 patiënten zou moeten hebben, de zgn. zakenpraktijk waarop het standaard honorarium is gebaseerd telt 2.600 patiënten en het landelijk gemiddelde is ca. 2.900!). Daarom moet aan de hieronder genoemde verhoudingsgetallen slechts een zeer beperkte betekenis worden toegekend.

Huisarts	: één op 2600 patiënten (wenselijk 1 op 2200, feitelijk 1 op 2900).
Maatschappelijk werkenden:	één op 5000 inwoners.
Wijkverpleegster	: één op 600 à 700 gezinnen.
Fysiotherapie	: één op 5000 inwoners.
Tandarts	: één op 4000 inwoners.
Verloskundige	: ca. 170 bevallingen per jaar.
Apotheek	: één op 10.000 inwoners.
Ziekenverzorgster	: hangt af van het aanwezig zijn van een hoofdwijkverpleegkundige (bij 10 wijkver- pleegsters) en de samenstelling van de wijk (veel bejaarden bijv. vergen veel zorg in dit opzicht).

BIJLAGE IV

LITERATUURLIJST GEZONDHEIDSCENTRA bijgewerkt tot begin 1974.

Nederlandse literatuur:

- ADVIES ziekenfondsraad Groepspraktijken en gezondheidscentra
Med. Cont., 27: 1407-1409, 1972, nr.52.
- ADVIESBUREAUS TWIJNSTRA c.s. Definitie van echelons, Unie 3, 1973.
p. 99.
- ANBEEK, H.J. Kostenvergoeding nadelig voor groeps-
praktijken? Unie 2, 1972, no.12, p.222.
- BAKKER, F.R. Een experiment van gecoördineerde ge-
zondheidszorg in Rotterdam (Ommoord).
H. en W., 1971. jrg. 14: 139-151.
- BALS, B.J. ter De maatschappelijke gezondheidszorg in
een notedop. Er moet h  el wat verande-
ren ...! Maatsch. Gez.zorg 1, 1973. no.4
- BASISFILOSOFIE Achtste medische faculteit
Med. Cont., 27, 1972. no. 33.
- BEEK, PAUL en TONY HAK "Meer lijn in de eerste lijn": verslag
van een literatuurstudie, april 1973.
- BEEKMAN-EGGINK, J. Samenwerking tussen huisarts, wijkver-
pleegster en maatschappelijk werker.
H. en W., 1969, 12: 144-148.
- BERG, A.A.M. van den e.a. "Samenwerking tussen huisarts en maat-
schappelijk werker? Een Farce".
Tijdschr. v. Maatsch. Werk, 1971. nr.6.
- BRAND, A. Onderzoek en experiment in de maatschap-
pelijke gezondheidszorg.
Kath. Gez. zorg, 1970. nr.12, 480-484.
- BRAND, A. Samenwerking tussen huisarts en wijk-
verpleegster. Kath. Gez. zorg, 1969.
38: 136-139.
- BRAND, A.Chr.I.,
L.H. LUCAS LUYCKX De gezondheidszorg in de toekomstige
maatschappij. T.v.Soc. Geneesk., 50.
1972, 885.
- CATE, R.S. ten De praktijkvoering van de huisarts in
solo- en groepspraktijk, H.E. Stenfert
Kroese, Leiden 1973.
- DOKTER, H.J. en J.G. HOOS Samenwerking van huisarts en maatschap-
pelijk werkster; een casus bespreking.
H. en W., 1971. 14: 110-113.
- DUBOIS, V.E. Het gezondheidscentrum Hoensbroek-Noord
van een andere zijde belicht.
H. en W., 1971. 14: 137-138.

- ELSEN, H.A.M. Volksgezondheid-Ziektekosten stijgen buiten proportie-nationale plan nodig. Beleid Beschouwd, 1972. nr. 2337.
- FRANSEN, W.A. Maatschappelijk werk en wijkverpleging; onderzoek naar de wederzijdse oriëntatie en beeldvorming. Gezondheidszorg, 1971. 63: 14-19, nr.10
- FREY, G.M. De samenwerking van een groep huisartsen en twee verpleegsters in de maatschappelijke gezondheidszorg (sociaal geneeskundige verpleegsters). H. en W., 1971. 14: 103-106.
- GEZONDHEIDSCENTRUM Hoensbroek-Noord; evaluatie 1973; onder red. van W.P. van den Hout. Hoensbroek, 1973.
- GIEL, R. Over de eenheid van welzijns- en geestelijke gezondheidszorg. Het Ziekenhuis 2, 1972. no. 2.
- GROEPSPRAKTIJKEN en GEZONDHEIDSCENTRA honoreringssysteem. Med. Cont., 27: 1115-1116, 1972.no. 42.
- GRUYTERS, J.W. Gezondheidszorg in opspraak.1. Intermediair 9, 1973. 23.
- GRUYTERS, J.W. Gezondheidszorg in opspraak.2. Intermediair 9, 1973, 24.
- HATTINGA VERSCHURE, J.C.M. Ontwikkeling van zorgcriteria voor herstructurering van de gezondheidszorg. Het Ziekenhuis 2, 1972. no. 9.
- HOLLANDER, H. en J.F. VAN RAVENZWAAY e.a. Groepspraktijken en groepsprocessen (II). H. en W., 1973. vol.1: 365-372 (no.10).
- HOUT, W.P. van den Gezondheidscentrum Hoensbroek-Noord: enkele beschouwingen over het functioneren van ons assistentbestand. H. en W., 1973. jrg.16: 187-193 no.5.
- HOUT, W.P. van den Gezondheidscentrum Hoensbroek-Noord. H. en W., 1971. 14: 129-136.
- INTAGON A.W. Vermeul-van Mullen en J.S.E. Holten-Vriesema. Enkele beschouwingen rondom samenwerking in het eerste echelon, januari 1972.
- INVLOEDEN bij de vorming van groepspraktijken c.q. gezondheidscentra in Nederland. Een N.H.I.-rapport. Med. Cont., 1973. jrg.28: 947-949 nr.33.
- KOOPMAN, J. en R.A. de WIDT Dacht U over een groepspraktijk? Med. Cont., 1971. 26: 1231-1232.
- KUIPER, J.P. Naar een faculteit voor gezondheidskunde. Tekst van een voordracht. Amsterdam 1973.

- LAMBERTS, H. Het sociale model in de huisartsgeneeskunde: tegenover, naast, in, dankzij of ondanks het medische model. H. en W., 15, 1972. p. 369-383.
- LAMBERTS, H. Gezondheidszorg in de laatste stad. Gezondheidszorg, 1971. 63: 26-34 (nr. 10); 35-46, (nr.11); 25-29 (nr.12).
- LAMBERTS, H. De groepspraktijk in de geestelijke gezondheidszorg in Ommoord. H. en W., 1970, 13: 363-369.
- LANGENKAMP, N.A. en A. FULDAUER Samenwerking tussen huisarts en maatschappelijk werker aan de hand van een casus uit de praktijk. H. en W., 1970. 13: 20-23.
- LEENEN, H.J.J. Het gezondheidscentrum in de samenleving. Een heel nieuw stelsel van gezondheidszorg nodig. Maatsch. Gez.zorg 1973. jrg.1: 394-398 (no.5).
- LINSEN, A. Groepspraktijk Enschede: uitgangspunten en eerste indrukken. Maatsch. Gez.zorg 1973. jrg.1: 628-630 (no.9).
- KOOIJ, S. van der De huisartsgeneeskunde in Schotland. H. en W., 1973, 16: 374-383 (no.10).
- MIJN, W.B. van der Samenwerkingsvormen in het medische beroep. Med. Cont., 22: 1048, 1967.
- NEDERLANDS HUISARTSEN INSTITUUT Verslag van een werkconferentie over de samenwerking van huisartsen, maatschappelijk werkers, wijkverpleegsters e.a. in gezondheidscentra e.d.; gehouden op 3 en 4 maart 1972 in het conferentieoord Woudschoten te Zeist, Utrecht 1972.
- OVERDIJK, T. Eerste workshop interdisciplinaire samenwerking huisartsen, wijkverpleegsters, maatschappelijk werkers. T. maatschappijvraagst. en welzijnswerk, 27: 254-258, 1973.
- RAAKVLAKKEN tussen algemeen maatschappelijk werk en wijkverpleegsters; verslag betreffende een onderzoek naar wederzijdse beeldvorming. 's-Gravenhage, Nederlands Huisartsen Instituut voor maatschappelijk werk onderzoek, 1970.
- POLDERMANS, J.D.G. Kosten en financiering van de gezondheidszorg in Nederland 1968. T. Soc. Geneesk., 51, 1973. p. 150.
- RELATIES de interne relaties binnen een groepspraktijk en gezondheidscentrum; verslag van de conferentie groepspraktijken op

1 mei 1971 te Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut, 1971.

RECEVEUR, A.

"Withuis"; verslag van een gezondheidscentrum in oprichting.
H. en W., 16: 125-130, 1973.

SAMENWERKING

van huisartsen en maatschappelijk werk;
verslag van een experiment in Amsterdam.
Rijswijk, Ministerie van C.R.M., 1968.

SAMEN ZORGEN

verslag van een samenwerkingsproject
van vier huisartsen en vier wijkverpleegsters te Assen.
's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1969.
Verslagen en mededelingen betreffende
de Volksgezondheid, nr. 27.

SCHRAMA, N.

Interview met Drs. P. Ex en Mevr. M.
van Bergen. De Kruisvereniging en het
gezondheidscentrum. Maatsch. Gez.zorg,
1973, jrg. 1: 391-393, no. 5.

SCHRAMA, N.

Interview met de huisartsen van "Het
Withuis". Maatsch. Gez.zorg. 1973.
jrg.1:389-391, no. 5.

SCHULER, J.

Meningen in beweging: Tussen Overvecht
en Huizen. Metamedica, 52: 521-522,
(no.10).

SELDENRIJK, C.

"Over de plaatsbepaling van de huisarts
in de Gezondheidszorg", in: Huisarts en
Wetenschap, jrg. 14, 1971. blz.329-332.

SMIT, M.H.

Opleiding en samenwerking tussen huis-
arts en maatschappelijk werker. Tijd-
schr. maatsch. werk, 1972. no. 15, 395-397.

SUILEN-KUIPER, M.L.E.

Het maatschappelijk werk in een interdis-
ciplinair team. H. en W., 1971.14:385-392.

THIADENS, A.J.H. e.a.

Huisarts van de toekomst. Groningen, Wol-
ters-Noordhoff, 1970. Katernen 2000,nr.3

VERBEEK-HEIDA, P.M.

General practitioners' attitude towards
group practice in the Netherlands.
Soc. sc. and med., 3: 249, 1969.

VLAMINGS, H.A.

Samenwerking van de huisarts en maat-
schappelijk werkster. Dekker & v.d. Vegt,
1967, Diss.

WERKGROEP Farmacie Utrecht

De apotheker en het gezondheidscentrum,
4: 4-5. 1973. no. 10. Fakblad.

WEIJEL, J.A.

Verzekeringsgeneeskunde en groepsprak-
tiken. T. Soc. Geneeskunde, 50: 910-912,
1972.

WIDT, R.A. de

De organisatie, bouw en financiering van groepspraktijken; 2e herz. druk Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut, 1973.

WIDT, R.A. de

De wordingsgeschiedenis van een groepspraktijk.

Med. Cont., 1972. jrg. 27: 951-954.

BRUINS, C.P. e.a.

Onderlinge consultatie door partners in een groepspraktijk.

H. en W., 1973. 16: 372-374, (no.10).

Buitenlandse literatuur:

- ANDERSON, J.A.D. e.a. Attachment of community nurses to general practices. Brit. Med. J., 1970. nr. 5727, 103-105.
- AVEDIA DONABEDIAN Models for Organizing the Delivery of Personal Health Services and Criteria for Evaluating them. The Milb. Memorial Fund Quarterly, vol. I, no. 4, 1972. part 2, p. 103.
- BATES, B. Nursing in a health maintenance organization; report on the Harvard community health plan. Amer. J. Publ. Health, 62: 991-994, 1972. (no.7).
- BATTISTELLA, R.M. e.a. Role of management in health services in Britain and United States. Lancet, 1972. nr. 7751, 626-629.
- BUNYANS'S, DR. progress. 7. Syston health centre. Update 6: 419-424, 1973 (no. 3).
- BURY, H.S. Today's health centres. Medical World, 1971, november.
- BAIN, D.J.G. 1. Craigshill health centre. Update, 1973. vol. 6: 1183-1200 (no.8).
- BUTLER, N.K. The reception area of a health centre. Update 5: 725-734, 1972. (no.7).
- BROOKS, M.B. Management of the team in general practice. J. Roy.Coll.G.P., 1973, vol. 23: 239-252, no. 129.
- BROOKS, B. Segregated health care, Built Environment Oct. 1973.
- CLARK, J.S. Group practice. Edinburgh enz., Livingstone, 1971.
- CLARKEN, M. Recent developments in general practice. 5. Health centres: an evaluation of past and present developments. Update 5: 1185-1189, 1972 (no.10).
- CLARKSON, J.G. Community Integration of Health and Welfare Services. Canad.J. of Publ. Health, vol. 63, no.3, 1972. 203.
- COLLINS, J. Social case work in a general practice. London, Pitman medical, 1965.
- COMBES, J.B. Health centres and community medical care. Annals of gen. practice, 1971. vol. 16, 233-240.
- CUTTING, C.G. The what, why and how of group practice prepayment for medical care.

Sth. Med. Bull. (Bgham, Ala), 1970, 58/5, 23-28. Ref: Exc. Med., 1971. vol. 17, sect. 17, nr. 5696.

DEAN, R.M.

Sighthill-the evolution of a health centre. J. Roy.Coll.G.P., 1972. vol.22, nr. 116: 161-168.

DIXON, P.N.

An evaluation of health centre practice. J.Roy.Coll.G.P., 1971. 21: 574-580.

DEPARTMENT of health and social security. Welsh Office. The organisation of group practice. London, H.M.S.O., 1971.

ELLWOOD, P.M. jr.

Models for organizing health services and implications for legislative proposals. The Milb. Mem. Fund Quarterly, vol. 1, no. 4, oct. 72. part 2.

FRY, J., E.V. KUENSSBERG and J.S. McCORMICK

Present state and future needs of general practice. Published by the Council of the Royal College of General Practitioner, May 1970.

FUCHS, F.

II. Internationaler Kongress für Gruppenmedizin in Rio de Janeiro. Der niedergel. Arzt, 1973. jrg.22: 28-33, no. 8.

FUCHS, F.

Rio-aktuell-2. Bericht. II. Internationaler Kongress für Gruppenmedizin in Rio de Janeiro. Der niedergel. Arzt, 1973. jrg. 22: 49-52, no. 9.

GOLDBLATT, J.

Dental participation in health centres-an attempt suppressed! Med. World, 1972. april, 8.

GREENLICK, M.R. e.a.

Comparing the use of medically indigent and a general membership population in a comprehensive group practice program. Med. Care, 1972. vol. 10: 187-200.

HASTINGS, J.E.F. e.a.

Prepaid group practice in Sault Ste Marie, Ontario. Part I. Analysis of utilization records. Med. Care, 1973. vol. 11: 91-103, no. 2.

HERZLINGER, R.E. e.a.

Management control systems in health care. Med. Care, 1973. vol. XI: 416-429, no. 5.

HOCKING, B.

The family, health centres and the RACGP. Austr. fam. phys., 1972. vol. 1, nr. 2, 87-92.

HODES, Ch.

Education of nurses and health visitors in group practice. J.Roy.Coll.G.P., 1972. vol. 22: 477-479.

- HORWITZ, J.J. Team practice and the specialist; an introduction to interdisciplinary teamwork. Springfield, Thomas, 1970.
- HURTADO, A.V. e.a. The utilization and cost of home care and extended care facility services in a comprehensive prepaid group practice program.
Med. Care, 1972. vol. 10, nr. 1: 8-16.
- HALLIDAY, B. e.a. The team and the role of the family physician general practitioner.
Austr. fam. phys., 1: 386-388, 1972.
- JESSIMAN, A.G. and K.R. CRAMPTON A directory of Boston neighbourhood health centres. Nwe. Engl. J. Med., 1972. vol. 286: 524-526.
- KINESITHERAPEUTES et médecin de groupe.
Méd. de groupe, 1972. no. 46: 449-454.
- KLECKZKOWSKI, B.M. Planning and evaluation of the community health care programmes I.
T.Soc. Geneesk., 51, 1973. p. 370.
- LITMAN, J. and L. ROBINS Comparative analysis of health care systems a socio-political approach.
Soc. Sci. & Med., vol. 5, p. 573-581.
- LLOYD, P.L. Natural history of a health centre. 1.
Update, 1972. vol. 4, nr. 5, 645-648.
- LLOYD, P.L. Natural history of a health centre. 2.
Update, 1972, vol. 4: 843-846.
- LLOYD, P.L. Natural history of a health centre. 3.
Update, 1972. vol. 4: 1013-1016.
- LLOYD, P.L. Natural history of a health centre. 4.
Update, 1972. vol. 4: 1121-1124.
- LLOYD, P.L. Natural history of a health centre. 5.
Update, 1972. vol. 4: 1365-1369.
- MARSH, E.C.R. Group practice nurse: an analysis and comment on six month' work.
Brit. Med. J., 1967, nr. 5538, 489-491.
- Mc. KINLAY, J.B. Some approaches and problems in the study of use of services- An overview. J. of Health and Soc.Behavior, 13, 1972. p.115.
- METZNER, Ch. e.a. Differential public acceptance of group medical practice.
Med. Care, 10: 279-287, 1972. no. 4.
- MCCORMACK, R.C. and Ch.W. MILLER The economic feasibility of rural group practice; influence of non-physician practitioners in primary care.
Med. Care, 1972. vol. 10, 73-80.

- MILLAR, D.G. Health centres and excellent medicine-
a patient survey.
J. Roy.Coll.G.P., 22: 866-974, 1972.
- MONOGRAPHIE de "domus medica" de Montreal (Canada).
Méd. de Groupe, 1972. no. 46: 420-422.
- MONOGRAPHIE du groupe medical du docteur Dummer à
Sindorf.
Méd. de Groupe, 1973, no. 55: 313-320.
- MORRILL, R.G. A new health services model for the
comprehensive neighbourhood health centre.
Amer.J.Publ.Health 62: 1108-1111, 1972.
- NORELL, J.S. Preparing for a health centre. 4. Clinical
roles.
Update, 1973. vol. 6: 1615-1622, no. 11.
- NORELL, J.S. Preparing for a health centre; teaching
students and trainees.
Update, 1973. vol. 7: 1771-1778, no. 7.
- MOTT, F.D. e.a. Prepaid group practice in Sault Ste.
Marie, Ontario: part II: Evidence from
the household survey.
Med. Care, 1973. vol. 11: 173-188, no.3.
- POITIER, R.L.M. "Free movement" within the EEG: concern
about health centre building.
Medical World, 1973. vol. 61: 3 (oct.).
- PREECE, J. Size and sitting of health centres.
Update, 1973. vol. 7: 27-33 (no.1).
- ORGANIZATION, the of group practice; a report of a sub
committee of the standing medical advisory
committee. (chairman R. Harvard
Davis).
London, H.M.S.O., 1971. 98 blz.
- PRE Hamburger Modell für Selbsthilfe Aktion.
Der niedergel. Arzt, 1972. H. 3, 3-7.
- RACGP policy on community health centres.
Austr. fam. phys., 1973. vol. 2: 470-473,
no. 7.
- RATOFF, L. and Social casework in general practice.
B. PEARSON Brit. Med. J., 1970. nr. 5707, 475-477.
- RAO, P.S.S.S., V.BENJAMIN and Methods of evaluating health centres.
J. RICHARD Brit. J.Prev.Soc.Med., 26, 1972. p.46-52.
- ROY, R.R. e.a. Towards an integrated accident service
with special reference to health centres.
Update, 1973. vol. 6: 1345-1350, no. 9.
- RODGER, W. Community psychiatry in the health centre:
a Devon development. Practitioner,
1973. vol. 210: 779-802, no. 1260.

- RECORD, J.C. and
H.R. COHEN
The introduction of midwifery in a pre-paid group practice. Amer.J.Publ.Health 62: 354-360, 1972. no. 2.
- ROSE, A.T.
The integration of the health team and medical group with the hospital chain. Austr.fam.phys., 1: 400-404, 1972.
- SHARWEATHER, J.B.
Health facility mergers: some conceptualizations. Med. Care, 1971.9: 486-478.
- SMITH, J. WESTON
Extended use of nursing services in general practice. Brit. Med. J., 1967, nr. 5580, 672-674.
- SHOCKET, E.
Letters: Group vs solo practice. JAMA, 1972. vol. 219, nr. 8, 1067.
- TILSON, H.H.
Stability of physician employment in neighbourhood health centres. Med. Care, 1973. vol.XI: 384-400, no.5.
- VARLAAM, A. e.a.
Patients' opinions of their doctors- a comparative study of patients in a central London Borough registered with single-handed and partnership practice in 1969. J.Roy.Coll.G.P., 22: 811-816, 1972.
- VISITE du cabinet d'equipe multidisciplinaire d'Ellebogen en Suède.
Méd. de groupe no. 48: 621-633, 1972.
- WILD, R.
Group practice-simple relationships. Med. Pract. Management 1: 28-29, 1972. no. 4.
- WILLIAMS, G.
Kaiser Health Plan. Modern Hospitals, febr. 1971.
- WOOLLEY, N.
Administrative aspects of health-centre management. J. Roy.Coll.G.P., 1973. vol. 23: 504-509, no. 132.
- YODFAT, Y.
A new method of teamwork in family medicine in Israel with the participation of nurses as physician's assistants. Amer.J.Publ.Health 62: 953-956, 1972, no. 7.

N.B.: Eind 1974 komt een N.H.I.-literatuuronderzoek gereed betrekking hebbend op de ontwikkeling van gezondheidscentra in Engeland en de U.S.A.